

## Usagers en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique

### Quelles perspectives pour une accessibilité et un maintien en logement indépendant ?

---

Une démarche guidée par ma position de directrice d'un établissement psycho-social et issue de ma pratique clinique.



<http://www.pathwaystohousing.org> ©

Directrice de travail : CINTER Françoise, professeure HES, Haute école de santé, Genève.

Membres du jury : CORZANI Sabine, responsable du service social du réseau fribourgeois de santé mentale, Marsens et BREVIGLIERI Marc, professeur HES, Haute école de travail social, Genève.

Déposé à Lausanne, le 1<sup>er</sup> septembre 2014

## Déclaration

"Ce travail final de Master a été réalisé dans le cadre de ma formation à la Haute école de travail social et de la santé à Lausanne, Centre de formation continue (HETS-GE, cefoc) en vue de l'obtention d'un Master of Advanced Studies HES-SO en direction et stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires (DSIS). L'utilisation du contenu de ce travail, sans préjuger de sa valeur, n'engage ni la responsabilité de son auteure, ni celle de la directrice du travail et des membres du jury. J'atteste avoir réalisé seule le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie"

Ainsi fait à Lausanne, le 1<sup>er</sup> septembre 2014

Eliane Bovitutti

## RESUME

Bovitutti, E. (2014). Usagers en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique, quelles perspectives pour une accessibilité et un maintien en logement indépendant ? Une démarche guidée par ma position de directrice d'un établissement psycho-social et issue de ma pratique clinique pour favoriser l'autonomie des usagers. Travail présenté pour l'obtention du master HES-SO en Direction et Stratégie des institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires. Déposé à Lausanne le 1er septembre 2014.

### Présentation de l'auteure

Après avoir exercé un vingtaine d'années en tant qu'infirmière, Eliane Bovitutti est actuellement directrice de l'établissement psycho-social du Rôtillon. Elle a effectué ce travail de master dans le cadre de ses études de master *postgrade* en direction d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires, en parallèle à ses fonctions.

Le Rôtillon est un lieu d'accueil et d'hébergement communautaire subventionné par le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS). Il accueille 21 usagers au sein de l'établissement et depuis 2012 offre un soutien individualisé à une quinzaine d'usagers hors de l'établissement, dans des appartements indépendants individuels et/ou communautaires. Ces personnes ont des problèmes psycho-sociaux de type comportemental, généralement concomitants à des addictions.

### Synthèse du travail

Dans un contexte où les structures d'aide en santé mentale sont engorgées, l'ouverture du Rôtillon en 2010 a créé un appel d'air qui n'a cependant pas permis de combler un manque de places. Il existe en effet une forte demande de personnes "difficiles à aider" ayant des troubles psychiques mais également des troubles comportementaux importants (entre autres, une indifférence face aux normes sociales et une ambivalence face aux professionnels), qui naviguent parmi des structures souvent non préparées à les accueillir et à les garder sur le long terme. Ce manque de logements et d'accès aux soins préterite gravement ces personnes en leur enlevant les conditions essentielles à leur rétablissement.

Dans ce travail, l'auteure cherche à mieux faire comprendre la conjonction qui mène à cet écart entre offre et demande et présente certaines stratégies élaborées au sein de son établissement permettant d'accompagner cette population.

Dans un premier temps, E. Bovitutti nous mène au travers des réflexions qui ont été les siennes au début de son mandat. Surprise par l'intensité de la précarité des personnes qu'elle accueille, tant au niveau matériel que psychique, elle cherche dans un premier temps à comprendre qui ils sont. Elle met en lumière la complexité de leur situation et le sentiment de vulnérabilité et d'impuissance qui émerge en conséquence chez les professionnels. En effet, il leur est souvent difficile d'appliquer les raisonnements cliniques appris jusque là. Persuadée que les usagers expriment une souffrance qui dépasse celle qu'ils expriment verbalement (ils sont souvent en situation de déni), elle construit au fil du temps des nouvelles connaissances et manières d'agir. Pour être appliquées et renforcées, celles-ci impliquent notamment un changement de paradigme dans la relation à l'autre, de repenser le travail en réseau ainsi que le soutien des professionnels au sein de l'établissement.

Dans un deuxième temps, l'auteure décrit le contexte de politiques du logement en Suisse et de leur peu de congruence avec les populations les plus vulnérables. Elle explore également la complexité des liens entre santé psychique et habitat précaire, qui s'influencent l'un et l'autre.

E. Bovitutti fait référence ensuite à des expériences menées aux Etats-Unis, en Europe et en Suisse, qui cherchent à permettre le logement et l'accompagnement rapide des personnes sans domicile souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie. En particulier, le projet "Pathways to housing" développé aux Etats-Unis dans les années 90 ainsi que le projet européen "Housing First", mis en place dès 2013.

Dans un dernier temps, l'auteure revient sur certaines difficultés rencontrées par les usagers de son établissement qui sont capables et cherchent à habiter en logement indépendant. Elle évoque divers moyens mis en place par l'établissement pour les accompagner dans ce cheminement parsemé d'embûches.

*Dans le milieu de la difficulté se trouve l'opportunité*

*Albert Einstein*

*Il ne nous incombe pas d'évaluer, gérer, suivre, former et réadapter quelqu'un,  
mais de créer des environnements tels qu'il sera en mesure de percevoir  
qu'il peut être aux commandes de sa vie, et continuer à apprendre  
et à se développer au-delà des limites qui seraient imposées  
par l'expérience de la maladie ou la souffrance psychique.*

*Helen Glover*

*L'homme habite et ainsi il prend place parmi les humains.  
Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté.  
S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion.  
L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion.*

*Jean Furtos*

## REMERCIEMENTS

A l'heure des dernières lignes, je tiens tout d'abord à remercier les membres du jury d'avoir accepté de lire et d'évaluer ce travail.

Je tiens à remercier Françoise Cinter, professeure à la Haute école de santé de Genève, d'avoir accepté de diriger ce travail de Master, d'avoir su me faire prendre de la distance, me garder sur les bonnes pistes et de sa volonté de m'aider à aller plus loin que ce qui me semblait possible. Merci pour ta disponibilité et ton accompagnement "sur mesure" et d'avoir cru en ce projet.

Je remercie chaleureusement Elisabeth Hirsch Durrett de sa disponibilité, ses remarques et ses conseils.

Un grand merci aussi à mes fidèles relectrices de leur disponibilité, leur curiosité pour le sujet, leurs précieux conseils et encouragements : Christine Clément, Béatrice Huber Mayagal, Anne-Marie Pache et Maryse Perret.

Je tiens à remercier tous les collaborateurs du Rôtillon. Durant toute la rédaction de ce travail de Master, ils ont été des collaborateurs disponibles, généreux dans le partage de savoirs, drôles lors des pauses, encourageants à tout moment et patients durant mes périodes d'examens. Un chaleureux merci à chacun de vous.

Je dédie enfin ce travail à ma famille car sans racines nous ne sommes rien.

## TABLE DES MATIERES

<b>Avant-propos.....</b>	<b>8</b>
<b>Présentation de l'établissement psycho-social Le Rôtillon (EPS).....</b>	<b>9</b>
<b>Préambule.....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>1<sup>ère</sup> partie : Origine de la démarche, un constat d'impuissance .....</b>	<b>13</b>
<b>2<sup>ème</sup> partie : La volonté de comprendre la population accueillie.....</b>	<b>15</b>
2.1 Principales caractéristiques de cette population.....	15
2.2 Regards théoriques.....	18
<b>3<sup>ème</sup> partie : Construction des fondements de l'action.....</b>	<b>31</b>
3.1 Un changement de paradigme dans la relation à l'autre .....	31
3.2 L'importance du travail en réseau.....	34
3.3 L'acquisition et le développement de compétences spécifiques.....	36
<b>4<sup>ème</sup> partie : Ouverture à de nouvelles prestations.....</b>	<b>38</b>
4.1 La création d'un dispositif d'accompagnement psycho-social de proximité .....	39
<b>5<sup>ème</sup> partie : Discussion conclusive .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>48</b>

## AVANT-PROPOS

Afin de répondre aux qualifications nécessaires<sup>1</sup> pour obtenir l'autorisation de diriger un établissement psycho-social, j'ai débuté ma formation en même temps que l'ouverture de l'établissement psycho-social Le Rôtillon, établissement que je dirige depuis juin 2010.

Afin de parvenir à gérer au mieux l'importante charge de travail liée à l'ouverture d'un établissement, et de manière conjointe à un processus de formation continue exigeant, j'ai décidé dans un premier temps de terminer le travail que j'avais débuté pour la validation du module « méthodologie et gestion de projet » en le continuant sous la forme d'une réflexion analytique spécifique sur le thème de l'absence d'un chez-soi et de ses conséquences. Au gré de mon évolution personnelle et de mes apprentissages, la réalisation de ce travail s'est progressivement inscrite dans un processus évolutif dont l'aboutissement me permet de produire, aujourd'hui, un projet institutionnel approfondi. J'ai pris cette décision en conformité avec les directives du travail final de master *postgrade* à la direction d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires (MAS-DIS-HES-SO).

Après l'ouverture du Rôtillon, j'ai rapidement pu observer les premiers effets positifs liés à l'important travail d'adaptation que nous avons pu réaliser au fil des mois. Je me réfère, en particulier, à celui qui a concerné l'ajustement de notre posture et qui a redéfini les rôles des usagers et des professionnels. Ou encore à la mise en place d'un cadre d'intervention hautement individualisée qui a favorisé l'accès des usagers à des prestations spécialisées dont ils avaient parfois été exclus.

En conséquence, j'ai souhaité rendre compte de ce travail d'explorateur, *parfois de "bricoleur"* qui a été réalisé en combinant stabilité et prise de risque.

Accomplir cette démarche m'a donné l'occasion de réaliser que la pratique clinique pouvait être à même de reconfigurer une institution par le développement de nouvelles formes d'agir au cœur des marges de manœuvre.

---

<sup>1</sup> Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH), art. 24b



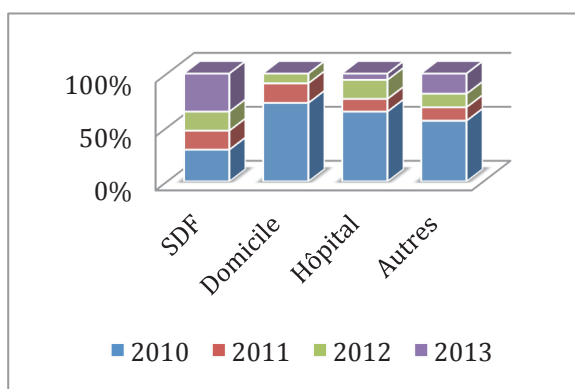
## PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT PSYCHO-SOCIAL LE ROTILLON (EPS)

Le Rôtillon est une structure d'accueil et d'hébergement communautaire de 21 places qui a vu le jour le 1<sup>er</sup> juin 2010 au cœur de Lausanne, après une dizaine d'année de gestation. Il est subventionné par le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) et soumis, entre autres, aux lois et règlements fédéraux et cantonaux suivants :

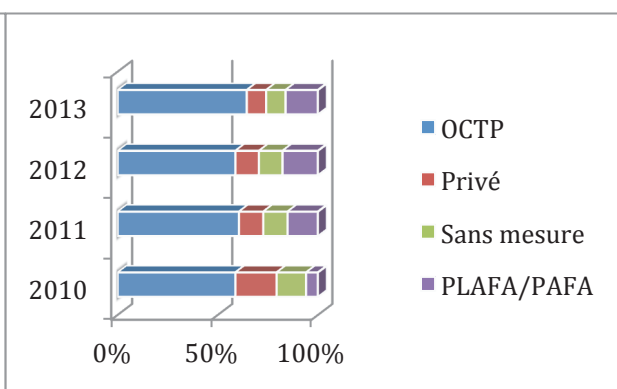
- Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI).
- Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH).
- Loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (LASV).
- Loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC).
- Règlement d'application du 9 janvier 2008 de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RLVPC).

Le Rôtillon accueille des usagers dont le profil est caractérisé par des problèmes psycho-sociaux de type comportemental, généralement concomitants à une addiction. La plupart des demandes d'admission nous sont adressées par les principaux services placeurs (service social des hôpitaux, bureaux régionaux d'information et d'orientation, office des curatelles et des tutelles professionnelles). Ces demandes d'admission s'inscrivent généralement en aval d'un contexte de crise (expulsion d'un autre établissement, de l'hôpital ou de son logement, vie en situation de logement précaire) ayant nécessité une hospitalisation. Comme le montre l'infographie ci-dessous, la majorité des usagers est au bénéfice d'une mesure civile (curatelle de portée générale, PAFA).

Evolution de la provenance lors des demandes d'admission



Evolution des mesures civiles



Cette typologie d'usagers s'inscrit dans la mission "engagement"<sup>2</sup> qui a été définie par la filière cantonale d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique.

Notre équipe psycho-sociale est composée d'éducatrices<sup>3</sup>, de psychologues, d'infirmières et d'accompagnantes socio-éducatives. Nous valorisons le travail en réseau et nous cherchons à

<sup>2</sup> Annexe 1 page 49 : Catégorisation des établissements d'hébergement en 5 missions principales

<sup>3</sup> Ces termes sont à lire sans distinction de genre

conjuguer nos forces dans la recherche de solutions, parfois hors des sentiers battus, visant à répondre aux problématiques complexes et plurielles des usagers<sup>4</sup>.

Après avoir réalisé que l'hébergement communautaire ne satisfaisait que très partiellement les attentes de la majorité des usagers, un tournant décisif a été décidé en 2012. Il s'est matérialisé par la création d'un dispositif d'accompagnement psycho-social de proximité (DAPSP) qui est venu compléter l'offre d'hébergement communautaire de type "résidentiel". Progressivement, treize appartements supervisés, individuels et/ou communautaires, diffus dans un rayon approximatif de 15 km autour de Lausanne ont été intégrés à ce projet dans le cadre d'une expérimentation sociale qui porte sur l'accessibilité et le maintien en logement des personnes en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique qui sont hébergées, en principe, au sein du Rôtillon. Ce projet est en cours de développement et son pilotage s'inspire, en partie, des réflexions qui ont été suscitées par la réalisation de ce travail.

Le Rôtillon est le dernier établissement psycho-social du canton à avoir vu le jour et à intégrer la filière cantonale d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique qui compte, aujourd'hui, environ 1000 places au sein de structures d'hébergement communautaire.

Je dirige cet établissement qui exploite également un restaurant public, depuis son ouverture.

---

<sup>4</sup> Annexe 2 page 50 : objectifs stratégiques du Rôtillon

## PREAMBULE

La santé mentale constitue un défi majeur dans la mesure où une personne sur quatre souffre de problèmes psychiques à un moment de son existence dans notre société. Elle concerne la deuxième plus grande cause de morbidité après les maladies cardiovasculaires. Toutefois le budget consacré à la santé mentale ne représente que 5,8% des dépenses totales en santé. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en œuvre, depuis 2005, un plan d'action en faveur de la santé mentale en Europe. Ce plan reconnaît non seulement qu'une approche des soins équilibrée entre prise en charge ambulatoire et hospitalière est nécessaire mais que les soins de proximité améliorent la qualité de vie de la majorité des usagers.

Depuis plusieurs décennies, l'organisation des soins psychiatriques vit de grandes mutations. Celle-ci a été influencée, entre autre, par l'évolution des besoins sanitaires et sociaux mais aussi par l'évolution du cadre légal, du droit des patients, des connaissances et des moyens thérapeutiques ainsi que l'évolution du travail en réseau qui ont été (et sont) également des facteurs de transformation importants.

Pour mémoire, l'évolution de l'organisation des soins psychiatriques a traversé successivement trois étapes majeures :

1. 1950/1960 : la fin de la période asilaire qui a été marquée par le début d'une importante diminution du nombre de lits d'hospitalisation
2. 1960/1990 : le développement d'une psychiatrie sectorisée qui a favorisé le développement de diverses structures extrahospitalières (polycliniques, hôpitaux de jour, structures intermédiaires, etc.) en réponse à la désinstitutionalisation
3. 1990 à aujourd'hui : l'amorce d'un tournant plus "communautaire" avec le développement de centres ambulatoires spécialisés dans le traitement des toxicodépendances et aussi de services de liaison entre l'hôpital et les établissements spécialisés en charge de l'hébergement des personnes souffrant d'un handicap mental et/ou psychique. Ou encore le développement d'unités mobiles destinées aux personnes présentant des pathologies sévères mais réfractaires à une prise en charge conventionnelle. Cette approche est, aujourd'hui, largement pensée et portée par l'hôpital.

Progressivement, la psychiatrie s'est muée en une chaîne de soins formée de divers "éléments" s'articulant dans un vaste champ socio-sanitaire (et dont les institutions telles que Le Rôtillon font partie intégrante). Des enjeux majeurs tels que la coordination optimale entre ces différents éléments afin de garantir un accès aux soins les plus appropriés pour l'usager et si possible le plus proche de son milieu "naturel" semblent demeurer. De surcroît, l'efficacité de cette coordination est exposée à une dichotomie voulue par la LAMal (les soins hospitaliers sont financés par l'Etat et les assureurs alors que les soins ambulatoires sont financés, en principe, uniquement par les assureurs) ce qui, sans mécanismes régulateurs, risque fort de compromettre la finalité même du travail en réseau en conditionnant l'orientation de l'usager en fonction du coût de sa prise en charge et non de ses besoins.

Aujourd'hui, l'importante diversification des structures d'accompagnement des usagers et leur orientation vers une prise en charge "dans le milieu" s'inscrivent dans une volonté de satisfaire à l'évolution de la population et de ses besoins. Est-elle suffisante pour répondre à l'évolution de la demande ou nécessite-t-elle des ajustements, voire de nouvelles prestations spécialisées ?

Tel a été le questionnement auquel j'ai été rapidement confrontée par ma posture de directrice dans le cadre de l'ouverture d'une nouvelle structure d'hébergement communautaire.

## INTRODUCTION

Avec un taux moyen d'occupation des lits de 102% en 2013, l'hôpital de Cery est saturé. Cet état de fait limite considérablement les possibilités de recourir à une hospitalisation lorsqu'elle s'avère nécessaire, y compris pour les personnes hébergées au sein d'une institution telle que Le Rôtillon.

Un cri d'alarme a été lancé dans la presse<sup>5</sup> le 15 avril 2014 par la Commission de gestion du Grand Conseil vaudois qui s'est inquiétée de cette situation en pointant du doigt une catégorie de personnes réfractaires à toute prise en charge et pour qui l'hôpital fonctionnerait comme un hôtel. La majorité de ces personnes sont au bénéfice d'une mesure de placement à des fins d'assistance (PAFA) ordonnée par l'Autorité de protection de l'Adulte car elles peuvent potentiellement représenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Toujours selon la Commission de gestion du Grand Conseil vaudois, si "ces mesures ne concernent que 10% des admissions, elles occupent jusqu'à 25% des lits de l'hôpital de Cery".

Le Rôtillon accueille principalement la population d'usagers concernée par ce cri d'alarme et les prémices de cet engorgement étaient déjà palpables en 2010. Depuis, il n'a fait que s'aggraver et la mise à disposition de nos 21 nouvelles places a créé un phénomène "d'appel d'air" entraînant l'admission d'un nombre important d'usagers qui présentaient, outre des troubles de la santé mentale, des caractéristiques exigeant une solide expérience dans les domaines de la santé et du social ainsi qu'une bonne dose de volonté.

La plupart des structures d'hébergement communautaire ne disposent pas des conditions nécessaires à l'accueil de cette population. En conséquence, seules quelques institutions, à leur tour saturées (dont Le Rôtillon fait partie), tentent de répondre à ce besoin de différentes manières.

Contrairement aux estimations du plan stratégique vaudois en faveur de l'intégration des personnes adultes en situation de handicap et de la prise en charge en structure de jour ou à caractère résidentiel des mineurs en situation de handicap<sup>6</sup>, l'ouverture du Rôtillon n'a pas participé à l'atténuation de cette forte demande. Néanmoins, une approche empirique du contexte, nous a permis d'identifier un certain nombre d'indicateurs de type structurel et organisationnel qui nous semblent, aujourd'hui, souffrir d'un manque d'alignement et qui sont susceptibles de restreindre les possibilités de répondre de manière satisfaisante aux attentes et aux besoins de cette population.

En partant de mon expérience personnelle, et de ma position de directrice, je rendrai compte, après avoir pris conscience de notre impuissance, des problématiques auxquelles nous sommes confrontés dans notre pratique quotidienne au Rôtillon. Puis, je présenterai l'émergence d'un nouveau paradigme de "prise en soin"<sup>7</sup> lié à la conjonction de différents facteurs extrinsèques et d'un contexte de crise prévisible avec l'ouverture d'une nouvelle institution. Et j'aborderai, pour terminer, l'alternative du logement indépendant comme réponse prioritaire aux attentes des usagers.

---

<sup>5</sup> <http://www.20min.ch/ro/news/naud/story/L-H-pital-de-Cery-sature-par-les-placements-forces-20856349>

<sup>6</sup> [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/spas/fichiers\\_pdf/RPT\\_H3\\_20110114\\_PSH2011\\_v8.00.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/RPT_H3_20110114_PSH2011_v8.00.pdf)

<sup>7</sup> Cette notion de prise en soin est à comprendre au sens littéral en terme d'accueil et d'accompagnement des usagers résidant au Rôtillon.

## **1<sup>ère</sup> PARTIE : ORIGINE DE LA DEMARCHE, UN CONSTAT D'IMPUISSANCE**

*Ayez le courage de suivre votre cœur et votre intuition.  
L'un et l'autre savent ce que vous voulez réellement devenir.  
Le reste est secondaire.  
Steve Jobs*

Mon long parcours professionnel et ma proximité de terrain m'ont régulièrement amenée à côtoyer des personnes en situation de vulnérabilité. Toutefois, aussitôt après l'admission des premiers usagers, j'ai été frappée par l'intensité avec laquelle ils pouvaient exprimer leurs divers troubles du comportement (agitation, agressivité, inhibition, troubles obsessionnels compulsifs, hyperactivité, etc.) auxquels venait, fréquemment, s'ajouter divers troubles de la personnalité (comportement impulsif, tendance générale à l'indifférence vis-à-vis des normes sociales, des émotions, etc.) ainsi qu'une polytoxicomanie.

La littérature (Favrod & Maire, 2012, p.34) reconnaît aujourd'hui que cette comorbidité a des effets néfastes sur la réalisation des activités de la vie quotidienne et qu'elle perturbe gravement la socialisation. Dans le contexte du Rôtillon, j'ai rapidement pu observer que l'intensité des troubles des usagers pouvait considérablement varier en fonction de l'importance de leur consommation et que celle-ci concourait également à accroître leur imprévisibilité. Dans les cas les plus extrêmes, leur colère s'est exprimée par des comportements violents, pouvant aller de casser des objets, à les jeter à terre ou en direction d'autres personnes, à cracher, frapper voire à d'autres actes auto ou hétéro-agressifs aux conséquences plus graves.

*M.B. (1<sup>ère</sup> partie)*

*M.B. est bien connu par la plupart des institutions vaudoises pour en avoir été exclu en raison de l'intensité de ses troubles du comportement. Cela fait près de 2 ans qu'il séjourne à l'hôpital après avoir été expulsé d'une institution où il avait été hébergé pour avoir bouté le feu à son matelas suite à un événement qu'il a vécu comme une intense frustration. En connaissance de cause, nous avons admis M.B. au Rôtillon. Dans cette perspective, un certain nombre de mesures ont été prises en vue de limiter les risques d'un passage à l'acte violent qu'il a tendance à diriger, essentiellement, envers des objets. Le jour de son admission, je me suis entretenue une dernière fois avec lui vers 16h. Apparemment, tout semblait bien se passer et M.B. m'a dit qu'il se sentait bien au Rôtillon et qu'il était content d'être parmi nous.*

*Vers 22h, le veilleur me téléphone pour m'informer que M.B. a entièrement saccagé les WC à mains nues, y compris la cuvette en céramique, après quoi il s'est rendu dans la salle à manger communautaire et qu'il y a retourné toutes les tables d'une seule main et brisé toute la vaisselle qui se trouvait à sa proximité.*

Avec le recul, il est aujourd'hui certain que l'admission simultanée d'un nombre aussi important d'usagers qui présentaient, outre des troubles de la santé mentale, une forte intolérance à la frustration et des traits caractériels singuliers, a fortement contribué à accroître la visibilité de ces caractéristiques et à en potentialiser les effets.

Et c'est presque quotidiennement que je me suis sentie confrontée à un sentiment d'impuissance, sentiment partagé également par mes collaborateurs. Face à ce sentiment, j'aurais pu choisir des stratégies d'adaptation comme, par exemple, ne rien faire, abdiquer, demander à changer de mission ou encore renforcer les mesures sécuritaires qui avaient déjà été mises en place. Sur le moment, aucune de ces stratégies n'est parvenue à me convaincre car j'étais persuadée que ces usagers exprimaient leur souffrance là où elle pouvait être entendue, et pas seulement avec des mots.

Ce sentiment qui m'était jusqu'alors inconnu me renvoyait aux sources même de mon engagement professionnel. D'un seul coup, c'était comme si mon expérience et mon savoir ne répondaient plus aux besoins de la situation. L'absence de résultats tangibles ne me permettait pas d'évaluer la pertinence de mes actions. Devoir expérimenter ainsi mon "impuissance" m'a interpellée face à ma responsabilité professionnelle, mais également face à ma responsabilité citoyenne et sans doute, de manière encore plus personnelle, face à mes propres blessures narcissiques.

Autant dire que dans ce contexte, il était impossible pour moi de relier mes observations à un trouble spécifique de la santé mentale et d'y appliquer le savoir-faire qui aurait dû découler de mon raisonnement clinique. Cette prise de conscience m'a renvoyée à une question fondamentale : "que suis-je en droit de tolérer, ou pas, au sein de l'institution que je dirige et en vertu de quoi ? Et, si je ne le tolère pas, de quelle manière puis-je y remédier ?

Cette pensée de Ricoeur<sup>8</sup> "L'éthique, c'est la visée d'une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes" m'a permis d'alimenter mes réflexions et de mieux comprendre la nature des enjeux qui se "jouaient" là.



---

<sup>8</sup> [http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs\\_ethiquesoins\\_lesommerpere\\_ethiqueetdemencedefidelite.php](http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs_ethiquesoins_lesommerpere_ethiqueetdemencedefidelite.php)

## 2<sup>ème</sup> PARTIE : LA VOLONTE DE COMPRENDRE LA POPULATION ACCUEILLIE

*"Là où la vue est observation, le regard est souci"*  
Jean-François Mattéi, 2007

### 2.1 Principales caractéristiques de cette population

Depuis l'ouverture du Rôtillon je participe, en principe, à chaque processus d'admission. Par conséquent, j'ai rencontré la plupart des usagers qui ont souhaité être admis. Et c'est dans le cadre des entretiens d'admission que j'ai choisi d'essayer de connaître leurs attentes réelles en m'intéressant à leur trajectoire de vie, à ce qu'ils étaient prêts à me livrer de leur représentation d'eux-mêmes, de leurs envies, de leurs difficultés. J'ai été alors frappée de constater à quel point leur vie était privée de perspectives ainsi que par la similitude de leurs attentes qui se résumaient, le plus souvent à vouloir un logement (à eux), un travail et une relation sentimentale. Autrement dit, quoi de plus normal que de vouloir se sentir socialement intégré. C'est dans le cadre de ces discussions que j'ai mesuré à quel point ces usagers devaient avoir l'impression de ne plus faire partie de la société et que j'ai éprouvé alors la nécessité de mieux comprendre ce qui les avait empêchés d'arriver à leurs buts tant ils semblaient déterminés à y parvenir.

Malgré la difficulté à laquelle j'étais confrontée, je demeurais convaincue que ces agissements impulsifs n'étaient pas simplement la conséquence d'une anarchie morale d'individus qui agiraient sans scrupules, mais que d'agir de cette manière plutôt que d'une autre, devait forcément avoir un sens. Dans un premier temps, j'ai ressenti la nécessité d'essayer de mieux comprendre qui étaient les usagers qui nous étaient adressés, afin de tenter de mieux identifier et prévenir le caractère violent qui pouvait caractériser leurs actes.

Nos observations nous ont permis d'identifier trois types de difficultés auxquelles les usagers du Rôtillon semblaient être confrontés de manière récurrente :

#### 2.1.1 Une difficulté à accéder aux prestations spécialisées

Peu après leur admission, je me suis aperçue que certains usagers, bien que suivis par un dispositif de santé mentale, n'avaient parfois plus revu leur médecin depuis plus d'une année. Quelques phrases plus loin, ils m'affirmaient qu'ils n'en avaient pas besoin, que de toute façon ils n'étaient pas malades. D'autres m'expliquaient qu'ils ne s'étaient pas toujours rendus à l'heure à leur rendez-vous ou qu'ils l'avaient carrément oublié. Certains m'ont dit qu'ils étaient frustrés par le changement régulier de médecin à qui ils devaient à chaque fois raconter à nouveau une histoire qui au fond d'eux-mêmes, les faisait souffrir. D'autres ont reconnu qu'ils avaient préféré s'inventer une histoire qui leur faisait moins mal, d'autres qu'ils avaient insulté leur médecin, ou parfois menacé ou même agressé physiquement. Dès lors, face à ces renoncements structurels et/ou personnels qui peuvent s'installer parfois de manière implicite, je me suis interrogée sur les capacités de ces usagers qui sont parfois accusés de faire preuve de mauvaise volonté. Mes observations et mon intuition m'ont laissé penser qu'ils n'étaient pas si réfractaires que ça à une prise en soin. Une sorte de trait d'union semblait plutôt manquer entre leurs intentions et leurs capacités à les réaliser.

A ce stade, les questions d'implication et de responsabilité des professionnels demeurent pour moi une question épineuse. Le tiraillement entre leur obligation de signaler ces personnes à l'Autorité de protection de l'adulte pour prévenir, par exemple, un grave état d'abandon, et le risque de briser un lien fragile en se référant au droit à l'autodétermination de l'utilisateur sans toutefois prendre en compte son autonomie et sa vulnérabilité (c'est son choix, je ne peux pas



l'obliger à venir à mes rendez-vous, à prendre son traitement, à ...) demeure un dilemme pour lequel l'option retenue devrait faire l'objet d'une concertation.

De manière générale, j'ai également été frappée par l'absence de suivi somatique qui concerne la plupart des usagers. En effet, si la grande majorité d'entre eux est au bénéfice d'un suivi psychiatrique, seul un quart d'entre eux serait, ou aurait été suivi à un moment donné par un médecin généraliste. L'accessibilité est à nouveau à questionner car ils ne semblent pas être en mesure de s'impliquer de manière citoyenne dans un suivi auprès d'un médecin généraliste installé. L'expression de leurs troubles du comportement peut, dans certains cas, freiner également l'intérêt de médecins installés à recevoir cette population à leur cabinet. En ce qui concerne le suivi assuré par les policliniques, c'est plutôt la question du délai d'attente (qui peut aller parfois jusqu'à 5 heures) qui semblent représenter un frein. Dans le cadre du Rôtillon, nous avons décidé de faire appel à un médecin généraliste qui a installé son cabinet au sein de l'institution et qui, en l'absence de médecin traitant, se rend disponible pour assurer une consultation bimensuelle, ou sur demande.

Les questions liées à la prévention (maladies sexuellement transmissibles, HIV, hépatites, etc.) m'ont également interpellée, car cette population a parfois tendance à multiplier les conduites à risque, ce qui pourrait représenter un danger en terme de santé publique.

Par ailleurs, sur les plans administratif et social, plusieurs usagers n'ont pas réussi à concrétiser, depuis plusieurs années, les différentes démarches à accomplir en vue de leur permettre de recourir aux différentes prestations sociales auxquelles ils pourraient avoir droit.

#### 2.1.2 Une difficulté à créer et à maintenir le lien

J'ai découvert que le récit de la plupart de ces usagers laissait apparaître des enfances chahutées, vides d'amour et de sécurité, souvent remplies de solitude affective. Ils sont issus généralement de familles vulnérables avec parfois des parents alcooliques, toxicomanes, souffrant eux-mêmes d'un trouble de la santé mentale. Ils ont parfois également connu différentes formes de violence (outre la violence domestique, des situations d'abus sexuels m'ont régulièrement été mentionnées). Ils m'ont décrit leur enfance comme une alternance entre séparations, ruptures avec parfois des retrouvailles. Arrivés à l'âge adulte, ces usagers semblent additionner un nombre impressionnant de carences affectives et familiales, à tel point que j'ai supposé qu'ils devaient d'abord se consolider psychologiquement avant de se reconstruire socialement.

Ce constat m'a rapidement fait m'interroger sur la notion de distance. Ou plus précisément, à me questionner sur la proximité que ces usagers étaient en mesure de gérer. Quelle était leur capacité à gérer la distance relationnelle ? Et comment parvenir à évaluer leur éventuel déficit capacitaire ?

Au fil de mes rencontres, ou de mes confrontations, je me suis aperçue que certains usagers, bien qu'ils semblaient avoir acquis les habiletés sociales nécessaires, semblaient en avoir perdu l'usage. Et pour d'autres, ces habiletés semblaient ne jamais avoir été acquises.

Aborder ces questions entre professionnels, mais également avec les usagers, m'a semblé essentiel afin d'ajuster et de coordonner nos interventions afin de leur permettre d'acquérir ou de développer les capacités qui allaient rendre possible pour ces usagers de faire face à des situations de proximité non maîtrisées, susceptibles d'engendrer de nouvelles ruptures, voire de nouvelles phases d'errance.



*Avant d'être admise au Rôtillon, B.M. vivait à la rue depuis plusieurs mois suite à son expulsion de son logement en raison de troubles du voisinage répétés. Régulièrement, depuis plus d'une semaine elle rentre tous les jours fortement alcoolisée et invective sur son passage toutes les personnes qu'elle croise avant d'hurler une dernière fois "foutez-moi la paix bande de (...)" et de partir se retrancher en chambre jusqu'au lendemain". Comme je l'entendais habituellement arriver de loin, j'ai décidé de me placer sur son chemin avec l'intention de lui demander si je pouvais faire quelque chose pour elle. En arrivant vers moi, elle me dit : "toi, je te pisse à la gueule !". Surprise, je lui réponds : "et bien, celle-ci je ne l'avais jamais entendue !" Du coup, elle s'arrête et elle éclate de rire. Notre relation a débuté sur cette interaction. Enfin, après avoir affronté sa colère, j'étais parvenue à entrer en relation avec elle et à lui exprimer que j'étais touchée par toute cette colère qu'elle avait besoin d'exprimer (...) par la suite, j'apprendrai que cela faisait longtemps qu'elle avait très mal aux dents, mais qu'elle avait peur d'aller chez le dentiste (...) qu'elle ne savait pas si c'était nécessaire d'y aller (...) qu'elle ne savait si elle voulait y aller (...) et que de toute façon elle n'irait pas.*

Le fait d'accepter d'intervenir là où l'usager me le demandait, et non en fonction de ce que je pouvais estimer comme pouvant être prioritaire, m'a permis d'appréhender toute la complexité de leurs besoins et de leurs modes d'expression. Cette prise de conscience a modifié diamétralement le regard que je leur portais et m'a fait réaliser que nous allions devoir redéfinir le fondement même de nos actions.

Ces premières expériences ont démontré qu'il était possible de créer et de développer un lien avec ces usagers, même si celui-ci allait temporairement demeurer fragile. Mais cela allait exiger de la part de l'ensemble des collaborateurs d'acquiescer et de développer un savoir-faire particulier qui allait leur permettaient de mieux supporter le choc de l'agressivité et de l'entrevoir comme le terreau dans lequel la relation de confiance allait pouvoir s'expérimenter et permettre lentement la création d'un lien.



Considérer ces usagers comme des êtres capables de faire des choix raisonnables a contribué à me permettre de considérer chacun d'eux dans sa singularité et de le relier à l'humanité, du moins en théorie. La mise en œuvre de ces nouvelles stratégies d'action nous a permis progressivement de modifier l'équilibre du système dans lequel ces usagers évoluent et à rendre possible le changement de paradigme que nous avons dû entreprendre.

### 2.1.3 Une difficulté à accéder et à conserver un chez-soi

Sur les 53 admissions que nous avons réalisées à ce jour, j'ai constaté que seuls sept usagers possédaient encore un chez-soi. Les autres l'avaient perdu, le plus souvent en raison de troubles du voisinage, d'une importante détérioration de leur logement ou d'impayés.

La crise aigüe que traverse actuellement le marché immobilier réduit considérablement les chances de ces usagers de conserver leur chez-soi lorsque survient une situation de crise. Elle limite également considérablement leurs chances de parvenir à en (re)trouver un nouveau. De fait, lorsque j'essaie de comprendre comment ils se perçoivent face à ce contexte, tous expriment se sentir dans une impasse où seul l'hébergement au sein d'une structure communautaire s'impose comme étant la solution, hormis, bien entendu, le recours à des solutions de logement précaire. Tous m'ont affirmé que s'ils avaient eu une réelle possibilité de

choisir entre différentes alternatives, aucun d'entre eux ne serait actuellement hébergé au Rôtillon. Toutefois, leur intention seule ne doit pas s'imposer à nous comme une volonté suprême à respecter car l'expérience nous a montré que si certains d'entre eux sont prêts à intégrer un logement, pour d'autres ce projet représente plutôt l'aboutissement d'un processus. En effet, leur capacité à habiter n'est pas égale et nous devons en tenir compte lors de l'élaboration d'alternatives à l'hébergement communautaire.

Pourrait-il exister une relation de cause à effet entre l'intensité de leur consommation (licite ou illicite) et leur intolérance à l'habitat communautaire ? Si cette question demeure aujourd'hui ouverte, la promiscuité et les règles qui s'imposent de manière implicite et/ou explicite dans le cadre d'une vie communautaire au sein d'une institution telle que Le Rôtillon sont, de toute évidence, des facteurs de frustration importants pour ces usagers. A une certaine période, nous avons été contraints à devoir passer parfois plus de temps à régenter la vie communautaire qu'à les accompagner dans la construction et le développement de leurs projets personnels. Cette période a été la source d'importantes frustrations pour les professionnels et génératrice de conflits entre usagers et professionnels, car les frontières entre l'éducation et l'autorité sont parfois très étroites. Ce constat pourrait également expliquer la faible adhésion des usagers à leur projet puisque celui-ci se déroule dans un lieu qui ne correspond pas à leurs attentes, mêmes si celles-ci peuvent être parfois idéalisées.

Cette période "normative" a été un moment charnière dans l'évolution de nos valeurs institutionnelles. Le fait d'intégrer la notion de contrainte (à laquelle plusieurs usagers se disent confrontés) dans la construction du projet individualisé d'accompagnement, nous a permis, dans un second temps, de redéfinir le fondement de nos actions et, par définition, le principe même de la construction de ce projet. Celui-ci est maintenant co-construit avec l'utilisateur à partir de sa propre perception de ses difficultés et de ses besoins sur la base d'une évaluation ELADEB<sup>9</sup>.

## 2.2 Regards théoriques

### 2.2.1 Les effets de la précarité négative sur les familles et les adolescents, Professeur Furtos

Confrontée de manière répétée à une forte densité de récits d'histoires de vie plus tragiques les uns que les autres, j'ai eu envie de comprendre comment les usagers avaient pu y survivre ?

Le professeur Jean Furtos que j'avais eu l'occasion d'entendre dans le cadre d'une conférence organisée par le Département de psychiatrie du CHUV le 29 avril 2014 sur le thème des effets de la précarité négative sur les familles et les adolescents, relevait que "les gens, aujourd'hui, ne souffraient plus comme hier". Que cette souffrance n'était pas décrite dans nos livres et qu'elle nous confrontait à notre impuissance. Selon lui, la transformation de cette souffrance résulte, entre autre, de l'évolution de notre société, des conséquences de la mondialisation, d'un néo-libéralisme coupé de la logique socio-économique et de notre hyper-individualisme qui nous a fait oublier que nous avons besoin de l'autre pour vivre. Il l'illustre par cette métaphore :

*Le bébé kangourou naît prématurément à 33 jours de grossesse par une fausse-couche "naturelle". Immédiatement, le bébé kangourou va ramper jusque dans la poche ventrale de sa mère, s'il n'y parvient pas, il ne pourra pas survivre et il mourra.*

---

<sup>9</sup> <http://www.ateliers-rehab.ch/?cat=18>

Toujours selon Furtos, la bonne précarité c'est savoir qu'on a besoin de l'autre. La mauvaise c'est l'oublier. Selon lui, la bonne précarité valorise une triple bonne confiance :

1. la confiance en soi
2. la confiance en l'autre (s'il m'aide, c'est qu'il me veut du bien)
3. la confiance dans le temps (il y aura toujours quelqu'un pour m'aider).

La mauvaise précarité qu'il associe aux effets négatifs du libéralisme entraîne une triple perte de confiance qui, à son tour, engendre une "phobie" sociale qui va favoriser une centration sur ses intérêts personnels et peu à peu nous déconnecter du monde.

Quand on a le sentiment que "tout est foutu autour de nous" et que nous n'entrevoions plus une lueur d'espoir pour l'avenir, nous subissons, généralement, une perte de courage. Si celle-ci est réversible au début, elle peut se muer, peu à peu, en une perte d'espoir absolue qui ne pourra plus s'exprimer en mots et elle sera alors vécue comme une forme de disparition de notre pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir. Cette forme de renoncement ainsi vécue par les usagers pourra concerner beaucoup de domaines, sauf celui de conserver un idéal normatif qui ne pourra plus être confronté à sa réalisation, même partielle.

Le discours de Furtos m'a interpellée sur la terminologie qui était fréquemment utilisée par les professionnels pour décrire un usager qui ne parvenait pas à être admis au sein des structures d'hébergement communautaire en raison de la gravité de ses troubles du comportement : "il s'agit d'un cas complexe ...". Mais, en réalité, qu'est-ce que ce terme "complexe" souvent attribué à l'autre (l'usager) signifie-t-il ? Ne pourrait-il pas servir à camoufler notre propre impuissance lorsque quelqu'un qui va mal, nous dit que tout va bien ? Et ne ferions-nous pas preuve d'une certaine forme d'incohérence lorsque nous demandons à quelqu'un qui a perdu tout espoir en son futur de nous dire quel est son projet ?

Le fait de nous poser ce type de questions nous a permis de pondérer la responsabilité de l'usager face à son déni et de nous interroger sur notre éventuelle implication dans celui-ci. Présent par moment chez un grand nombre d'usagers, celui-ci pourrait dès lors être envisagé comme une stratégie de survie, qui elle-même résulterait d'un clivage entre le sensoriel et le psychique, les empêchant ainsi de pouvoir prendre en compte une réalité susceptible d'affecter leur corps ou leur esprit. En effet, le plus intolérable pour l'être humain n'est-ce pas de ne plus se sentir reconnu comme tel ? C'est à dire de ne pas se sentir respecté comme un être humain par les être humains ?

J'ai également été frappée par la déchéance de la vie ou du corps de certains usagers. Et j'ai alors ressenti la nécessité de mieux comprendre comment ils avaient pu en arriver là. Les analyses de Furtos au sujet de l'abolition de la vergogne (Furtos, 2007) ont été une piste de réflexion intéressante. Furtos explique qu'il ne s'agit pas là du sentiment de gêne qui peut être éprouvé dans une circonstance où l'on se sent embarrassé de ne pas avoir tenu ses engagements, mais bien de celui de la honte qui peut être ressentie face à une humiliation. Les humiliations, parfois répétées, qui ont été vécues par ces usagers m'ont permis d'entrevoir de la disparition de la vergogne comme une forme de rempart ou de protection face aux autres. Elles m'ont permis de comprendre comment certaines personnes pouvaient ne plus ressentir la honte d'afficher leur déchéance, ce qui m'a aussi aidée à l'accepter avec bienveillance malgré le fait qu'elle ne me laissait pas indifférente.

## 2.2.2 Entre vulnérabilité, autonomie et capacité, Professeur Zielinski

J'ai également eu l'opportunité d'aller écouter le professeure Agata Zielinski lors d'une conférence traitant de : vulnérabilité, autonomie, capacité qui a eu lieu dans le cadre du colloque

international sur le thème "Personne vulnérable et société de performance" organisé par l'Institut interdisciplinaire d'éthique et des droits de l'homme de l'université de Fribourg le 2 avril 2014, en lien avec son programme de recherche et d'enseignement "Vieillesse, éthique et droits".

Zielinski nous rappelle, et aussi paradoxal que cela puisse paraître, que l'autonomie n'est pas une capacité acquise un jour pour toujours. D'ailleurs, comme dans la métaphore du kangourou de Furtos, notre première expérience de l'autonomie est bien celle de la dépendance ! Toujours selon Zielinski, plus l'autonomie se développe dans une dynamique relationnelle dans laquelle la vulnérabilité de chacun est reconnue à sa juste place, plus elle pourra gagner en dimension éthique, voir devenir une vertu relationnelle. Ce qui signifie que dans la relation, la vulnérabilité se trouve et s'éprouve des deux côtés, entre une personne "bien portante", responsable et une personne "malade". Ceci dit, nous pourrions lui reprocher d'aller un peu vite en besogne en affirmant d'emblée que l'autonomie implique une relation et que dans cette relation vont cohabiter les sentiments d'autonomie et de vulnérabilité. Etre vulnérable c'est être exposé à ses propres limites, à sa non toute puissance, à sa propre finitude d'être humain. Donc être vulnérable serait, selon elle, avoir cette capacité à être affecté par l'existence de l'autre, d'être transformé par quelque chose que l'on subit et qui nous fait réagir. Ainsi, par le simple fait d'exister – *avec sa vulnérabilité* – je donne à autrui une forme de pouvoir sur moi.

Reconnaître sa propre vulnérabilité aura pour conséquence de nuancer, voire de corriger, l'asymétrie relationnelle. A l'image du courage, cette prise de conscience ne s'apprend que par l'expérience. Elle demande, par exemple, à trouver le juste milieu entre l'excès et le défaut, entre la témérité et la lâcheté.

### *Un détour par la philosophie : l'autonomie*

Zielinski rappelle que l'usage du terme "autonomie" repose sur deux traditions. Pour Kant, l'autonomie c'est de viser plus largement la dignité de la personne pour soi, mais pas seulement puisque le critère de l'acte raisonnable devrait pouvoir être universalisé. Autrement dit, être autonome c'est n'obéir qu'à soi-même, mais de façon à ce que ce choix puisse bénéficier à tout être raisonnable. Afin de nous permettre de mieux comprendre son raisonnement, Kant nous donne l'exemple du mensonge : "Je peux bien décider de mentir. Mais considérons ce qui se passerait si tout le monde prenait la même décision que moi (universalisation). Toute confiance entre les personnes serait alors amenée à disparaître, et à terme ce sont les fondements de la société, de la vie commune qui seraient condamnés". Le choix de mentir n'est donc ni raisonnable, ni moral, car pour Kant, l'autonomie a une dimension morale et serait la capacité d'agir moralement. La dignité de la personne à laquelle fait référence Kant consiste justement en cette capacité de faire des choix moraux par soi-même sans qu'ils nous soient imposés de l'extérieur. Ainsi, par exemple, lorsque j'agis sous la contrainte, ou sous l'impulsion de mes désirs ou par caprice, je ne ferais pas preuve d'autonomie.

Toujours selon Kant, la dignité est intrinsèque à la personne humaine et elle ne disparaît jamais. Toutefois, il reconnaît que son usage peut être limité ou altéré par les émotions ou la maladie. Respecter la dignité de la personne c'est la considérer comme étant capable de faire des choix raisonnables. C'est-à-dire des choix qui seront bons pour elle, mais aussi pour toute personne qui sera dans le même cas de figure qu'elle.

La tradition anglo-saxonne utilise, elle, plus volontiers le terme "autodétermination" que l'on pourrait traduire par non seulement la capacité à se gouverner soi-même mais aussi à disposer de soi. Plus présente dans l'éthique européenne, elle considère que l'autodétermination est – *au sens strict* – la capacité à se donner à soi-même ses propres lois en obéissant à la raison et à la conscience morale. Le fait de décider ne requiert pas d'autre forme de légitimation. Du moment

que la décision est prise, elle est forcément bonne pour lui. L'autodétermination représente la valeur suprême d'une société libérale pour qui la liberté individuelle est fondamentale.

La définition de l'autonomie est, à mon sens, une question importante car elle détermine nos choix ainsi que la posture que nous adoptons, par conséquent, elle oriente les fondements de notre action. Ainsi, si je considère que l'autonomie est intrinsèquement limitée, que l'autodétermination absolue est un leurre, cela signifie que j'accepte l'idée que ma liberté n'est pas infinie, que je ne suis pas seule au monde et que mes choix ont un impact sur les autres. Cette posture va contribuer à créer une dynamique relationnelle et un engagement dans l'accompagnement de cette population en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique. Si au contraire, je privilégie une définition de l'autonomie plus centrée sur le choix personnel, le droit de disposer de ma vie comme je l'entends, je risque fort, à terme, de réduire cette personne à un seul aspect de son existence.

Ces deux définitions de l'autonomie ne me semblent pas contradictoires, elles ont chacune leurs limites, et ce qui me semble important, c'est d'être conscient que nous allons implicitement – voire *inconsciemment* – nous référer tantôt à l'une et tantôt à l'autre.

En conséquence, plutôt que de partir d'une représentation idéale de l'autonomie, comme le suggère Kant ou la tradition anglo-saxonne, Zielinski nous propose de partir de l'idée que l'autonomie est imparfaite, qu'elle serait le résultat d'un processus, voire d'un combat parfois mené tout au long de sa vie. Elle nous encourage à plutôt la voir comme l'objet d'une conquête progressive.

Dès lors, accompagner ce processus plutôt que de partir de l'idée que chacun d'entre nous en possède la capacité, implique forcément un changement de paradigme dans la relation à l'autre et c'est lui qui va nous permettre de quitter la vision idéale de l'autonomie pour la voir dans les capacités de chacun.

### ***L'attention portée aux capacités : une nouvelle forme de relation ?***

Zielinski cite Ricoeur qui dit que favoriser l'autonomie reposerait sur la dynamique de reconnaissance dont tout un chacun a besoin pour se sentir exister. Autrement dit, sur l'attention vouée aux capacités de l'autre. En d'autres termes, en être le témoin, les repérer, mais aussi les faire émerger ou les nommer afin de permettre à l'autre de se sentir reconnu dans ses forces.

Cette approche implique chez les professionnels un réel changement de posture qui doit se traduire, entre autre, par un engagement authentique dans sa relation à l'autre. Cette attitude consiste, souvent, à faire émerger les capacités qui n'ont pas encore eu l'occasion de se révéler, ou à favoriser le développement de celles-ci. Dans tous les cas, cela ne peut pas se résumer au simple fait de demander à l'autre *"que puis-je faire pour toi ?"*.

Par son accompagnement, le professionnel doit veiller à favoriser l'articulation entre les désirs de l'usager et ses capacités à les réaliser, en veillant à les intégrer dans le contexte dans lequel il évolue. A ce titre, j'ai pu observer, par exemple, qu'une grande partie de nos difficultés relationnelles avec les usagers avaient tendance à se manifester lorsqu'un écart trop important se creusait entre leurs désirs et leurs capacités à y parvenir. Pour plusieurs d'entre eux, cette confrontation à leur déficit capacitaire me semble être à l'origine de leurs frustrations.

*D.B. a été admis au Rôtillon après avoir été expulsé de l'hôpital pour de multiples ruptures du cadre et une polytoxicomanie. Il s'est présenté un jour à la porte du Rôtillon en nous demandant si nous n'aurions pas une*



*place pour lui. L'établissement étant complet et vu qu'il ne disposait d'aucun moyen qui nous permettrait de l'atteindre, nous lui avons demandé de revenir tous les jours entre 10h et 12h à la réception afin que nous puissions le tenir informé de nos disponibilités. Après quelques semaines, il a pu intégrer le Rôtillon. Très fatigué par une longue période d'errance, il a passé les premiers six mois à "poser ses valises". C'est-à-dire à investir progressivement sa chambre, puis les lieux communautaires et la communauté. Après environ une année, un décalage de plus en plus important apparaissait entre ses attentes (que je pourrais résumer par vivre au Rôtillon au rythme de ses envies et sans tenir compte des effets de celles-ci sur les autres) et nos limites. Sentant la tension augmenter entre D.B. et l'équipe, en particulier autour de sa participation aux activités communautaires, je me suis dit, intuitivement, que nous devons trouver une alternative avant d'arriver à une nouvelle situation de rupture. En effet, plus les exigences de l'équipe pour qu'il participe aux activités de la vie communautaires augmentaient, plus sa consommation et sa frustration augmentaient. Sachant qu'il était passionné par le dessin, nous lui avons proposé d'intégrer notre atelier d'art-thérapie et progressivement, il s'est réalisé dans cette activité en y participant avec assiduité. Avec l'aide de notre art-thérapeute qui a réalisé un long travail motivationnel avec lui, D.B. a pu intégrer durant 6 mois une école d'arts visuels basée à Lausanne. Cette expérience lui a permis de regagner la confiance en lui-même qu'il avait perdue au fil de ses échecs et d'exister aux yeux des autres sous un nouveau jour.*

Sachant que la difficulté à laquelle la plupart des usagers sont confrontés consiste à parvenir à passer de la phase d'intention à celle de l'action, cet exemple illustre le travail minutieux qui doit être réalisé par l'équipe autour des capacités de l'utilisateur. Car sur le moment, lorsqu'ils évoquent leurs intentions – et je les crois volontiers sincères à ce moment-là – leur force de conviction pourrait leur permettre de déplacer des montagnes. Puis, en raison des séquences d'immédiateté qui semblent rythmer leur vie, cette force de conviction et la motivation qui l'accompagne s'en vont, un peu comme un soufflé qu'on a sorti du four. Si l'autonomie consiste bien à choisir par soi-même, elle ne consiste pas à choisir seul, car comme nous l'avons vu avec Furtos, la bonne précarité c'est reconnaître qu'on a besoin de l'autre. Et adhérer à cette conception de l'autonomie est fondamentale pour notre accompagnement, car elle détermine le respect que nous leur portons en allant au-delà du simple respect de leur décision.

Dans certaines situations, j'estime que laisser des usagers gérer ou décider par eux-mêmes pourrait être considéré comme une forme d'abandon, car le respect de leur dignité implique une prise en considération de leur histoire, de leurs relations, de leurs contradictions, de leurs éventuelles difficultés à se projeter ou à réaliser leurs projets ainsi que de leurs capacités, de leurs incapacités et de leur vulnérabilité. **La réalité d'une personne, c'est sa capacité d'autonomie et sa vulnérabilité du moment.** Elles sont indissociables.

Vue sous un autre angle, la vulnérabilité pourrait être ce que Lazare Benaroyo (2004, p.60-64) médecin et philosophe lausannois, a nommé "le fond commun de l'humanité". Loin d'être un échec, je pense au contraire que **la reconnaissance de la vulnérabilité comme inhérente à l'être humain est la condition d'une relation plus proche** dont l'asymétrie a été nuancée ou corrigée. Reconnaître que nous partageons une vulnérabilité, c'est reconnaître la dignité d'autrui sans condescendance, ni pitié dans un regard d'égal à égal (Zielinski, 2007, pp.769-778). Se regarder les yeux dans les yeux dans cette vulnérabilité commune fait percevoir qu'il n'y en a pas un qui est plus digne que l'autre. Et c'est à partir de cet échange, et non de mon

savoir, que je peux favoriser l'autonomie de celui qui pourrait m'apparaître comme étant plus vulnérable que moi.

Si "être avec" est une disposition qui demande de l'exercice, c'est sans doute à partir de cette attention que je porte à l'autre, mais aussi à ma propre vulnérabilité, que je peux rencontrer l'autre avec authenticité. Et c'est seulement à partir de la reconnaissance de ma propre vulnérabilité que je peux commencer à m'engager à reconnaître les capacités de l'autre, l'aider à les reconnaître et à les exercer.

*Lettre témoignage (texte écrit par D.B.)*

*Je suis né en 1980. Je m'appelle D.B. Mon enfance n'a été que garderie, foyers et prisons. Mes meilleurs amis étaient des amis d'école avec lesquels nous formions des bandes. Depuis la guerre au Kosovo, j'ai côtoyé des albanais, ce qui me permettait de me procurer des armes et de la drogue facilement. C'est là que tout a commencé pour moi. Malheureusement, le fait de porter une arme, l'arme en elle-même est faite pour tuer et c'est ce qui est arrivé, par accident bête et stupide. J'ai pris 3 ans pour homicide par négligence. Après cela, j'ai été à Lausanne pour faire une cure de désintoxication qui m'a valu une très bonne réputation du foyer "X", où j'ai été pendant deux ans. Après cela, galère, hôpital, overdose, jusqu'à ce que j'arrive à la porte du Rôtillon et là, tout a changé. J'ai dû me confronter à des règles. C'était pas comme les autres institutions où je devais plus parler de mes émotions, mais c'était plus difficile au niveau du cadre que je trouvais complètement aberrant. Je me suis construit une voie sur laquelle je pouvais reposer mes problèmes, par la religion, par la réflexion et la lecture. Avec la directrice, j'ai toujours eu de bons rapports, et j'ai toujours senti qu'elle était là pour vraiment m'aider et qu'elle le sera encore malgré tout (rires). 3 ans après, mon problème était plus d'ordre social que psychologique, ce qui m'a ouvert des portes pour un appartement. Moi qui ne connaissais rien aux démarches à suivre de recherches d'appartement, je me suis quand même débrouillé, grâce à des personnes du foyer qui m'ont sincèrement et honnêtement motivé. Actuellement, j'ai 33 ans et je vis à Morges dans un 2 pièces et demie, entre la campagne et la ville, avec un loyer de 750.- par mois, ce qui me permet, après que j'aurai réglé les problèmes financiers mensuels de ma rente AI, de gérer financièrement et quotidiennement ma vie. Je peux dire que je me sens drôlement bien. Je vois certaines portes qui s'ouvrent. Tout ça, encore une fois grâce au Rôtillon, et pourtant il m'en arrive des histoires. Mais si j'ai appris une chose au Rôtillon, c'est qu'il faut être reconnaissant de l'aide qu'on nous porte. Et que le temps fait les choses, la patience pour moi, même en faisant mes méditations, c'était quelque chose qui me faisait grandement défaut, j'ai beaucoup dû travailler dessus. Grâce à certaines activités comme le Aïkido, j'ai pu voir plus clair dans ma vie et avoir moins de ressentis envers les autres. A présent, je m'en sors en faisant des petits travaux, toujours au Rôtillon, ce qui me remonte mon estime, parce que je me sens utile aux autres, ce qui n'était pas le cas. Avant, je vendais du mensonge aux autres. J'ai beaucoup changé. Pour dire, après toutes les personnes que j'ai vues, tous les éducateurs, stagiaires, accompagnants, toutes les équipes, je peux dire une chose, je vous remercie sincèrement car maintenant je peux me regarder dans une glace et me dire que je n'ai rien à regretter. Merci.*

### 2.2.3 La création du lien selon John Bowlby

Mieux comprendre les usagers nous demande de revisiter brièvement la théorie de l'attachement (Bowlby, 1992) afin de mieux pouvoir identifier leurs possibles dysfonctionnements relationnels. Pour Bowlby, le jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. En fonction de l'attitude de cette figure parentale à son égard, il développera un modèle d'attachement qu'il intériorisera et dont il se servira au cours de sa vie dans toutes ses relations sociales et intimes. Si l'enfant se sent trop ou pas assez protégé, il développera des difficultés à aller vers de nouvelles expériences. A l'inverse, s'il se sent suffisamment en sécurité, il s'aventurera vers l'inconnu.

La qualité de l'attachement à la figure parentale conditionne le sentiment de sécurité ainsi que la sociabilité. Des troubles de l'attachement peuvent conduire à une angoisse de séparation ou d'abandon, ainsi qu'à divers troubles psychologiques que nous pouvons observer dans le comportement de la plupart de nos usagers.

Bowlby a observé les différentes réactions d'enfants face à la perte ou la séparation d'avec leur figure parentale. En développant une théorie de l'attachement reposant sur différents schèmes, il montre l'importance de ces liens d'attachement avec une base sécurisante :

L'attachement "sûr" : la figure d'attachement est perçue comme accessible et disponible, l'enfant se sent alors en sécurité et ira explorer le monde. A ce stade, je peux affirmer que la majorité de nos usagers n'est pas concernée par ce schème.

L'attachement "angoissé" : cet attachement correspond à un système de représentations où la réactivité du "donneur de soins" n'est pas certaine et où l'enfant va adopter des stratégies d'évitement afin de ne pas avoir à se confronter à cette carence. La séparation est vécue comme une source d'angoisse et il va développer des sentiments d'insécurité, une très faible estime de lui et des autres qui le conduiront à rechercher de manière exagérée la présence de la figure parentale. L'attachement "angoissé" se développe en deux schèmes différents. L'attachement angoissé "résistant" ou l'attachement angoissé "évitant". Ces deux derniers schèmes me semblent être particulièrement représentés auprès de la population hébergée au Rôtillon :

- l'attachement angoissé "résistant" qui est favorisé par une figure d'attachement instable qui va utiliser la menace d'abandon comme punition
- l'attachement angoissé "évitant" qui fait référence à l'enfant qui sait qu'il sera repoussé lorsqu'il demandera à être protégé et qui, de ce fait, tentera de vivre sans ce soutien.

Ce détour par la théorie de la création du lien me laisse supposer que la majorité des usagers vivant au Rôtillon n'ont pas eu l'occasion de développer un modèle d'attachement suffisamment sécurisant, et cela semble dicter aujourd'hui leur mode d'attachement actuel et futur et être à l'origine de leur difficulté à parvenir à conserver, sur le long terme, des liens lorsqu'ils sont personnels.

Consciemment ou pas, la solidité des premiers contacts que nous allons établir avec ces usagers va être intensément "testée", parfois à plusieurs reprises, avant qu'ils ne puissent commencer à envisager que "nous leur voulons du bien". Etrangement, ces usagers semblent attendre de l'institution qu'elle les accueille et les accepte tels qu'ils sont. Ce qui implique de la part des professionnels de développer un haut seuil de tolérance face aux troubles du comportement exprimés par ces usagers afin de leur permettre, peut-être, de consolider leur mode d'attachement à travers de nouvelles expériences relationnelles saines.



#### 2.2.4 Définition et conséquences de l'absence d'un chez-soi



*Richard Greaves, Anarchitecte*

Au début de ce travail, il m'est apparu nécessaire de définir l'absence d'un chez-soi et d'en nommer ses conséquences.

La gestion de l'absence d'un chez-soi est très coûteuse pour la société, elle représente de surcroît une violation des droits fondamentaux<sup>10</sup>. Elle peut avoir, pour certaines personnes, des implications humaines inacceptables.

Bien souvent, l'absence d'un chez-soi est assimilée au simple fait de dormir à la rue, mais cette vision étroite nous empêche d'en saisir la réalité et nous pousse à la réduire à ses formes les plus visibles en nous faisant en occulter d'autres plus "cachées" tel que le maintien prolongé de certains usagers au sein de structure d'hébergement communautaire (ou en milieu hospitalier) faute de logement.

La perception de la dynamique, de la nature, des causes et de l'ampleur de l'absence d'un chez-soi est influencée par notre propre représentation de celle-ci et elle contribue à renforcer de manière négative la stigmatisation des personnes

concernées. En conséquence, si notre vision a tendance à se limiter aux situations des personnes les plus indigentes, elle aura naturellement tendance à se focaliser sur les formes les plus extrêmes de ce phénomène, et celles-ci, bien que proportionnellement moins nombreuses, afficheront une densité très élevée d'histoires de vie accablantes et de besoins non-satisfaits (Fitzpatrick, 1998). Pourtant, dans la réalité, ce sont différentes portes d'entrée qui semblent conduire à l'absence d'un chez-soi, de même qu'à influencer sa durée et/ou sa trajectoire (Busch-Geertsema et al, 2010).

Une compréhension du phénomène de l'exclusion liée au logement implique une appréhension d'interactions complexes dans laquelle se mêlent des facteurs de risques importants qui peuvent être d'ordre structurels, institutionnels, relationnels et personnels (Edgar, 2009). Les éléments déclencheurs font généralement référence à des événements spécifiques susceptibles de conduire à un épisode d'absence d'un chez-soi, ou à une étape dans un parcours pouvant aboutir finalement à l'absence d'un chez-soi. Ils peuvent donc considérablement augmenter la probabilité d'une absence de chez-soi et, comme l'illustre le tableau figurant ci-après, la population que nous accueillons au Rôtillon est principalement exposée aux facteurs de risques qui sont associés aux causes personnelles, relationnelles et institutionnelles. S'agissant des éléments déclencheurs, la prévalence de certains, tels que la rupture d'assistance, l'assistance inadéquate, la violence domestique, un épisode de maladie et/ou l'abus de substances, sont présents chez la plupart de nos usagers.

Lors d'une conférence européenne de consensus sur le "sans-abrisme" à Bruxelles les 9 et 10 décembre 2010, et comme le montre le schéma ci-dessous, cette définition de l'absence de chez-

---

<sup>10</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, Art. 25.

soi a été décrite par Busch-Geertsema comme une nouvelle "orthodoxie" qui allait nous permettre de dépasser la dichotomie existante entre les facteurs individuels ou personnels et une explication structurelle des causes de l'absence d'un chez-soi (Busch-Geertsema et al, 2010).

### Facteurs de risque et éléments déclencheurs du "sans-abrisme"

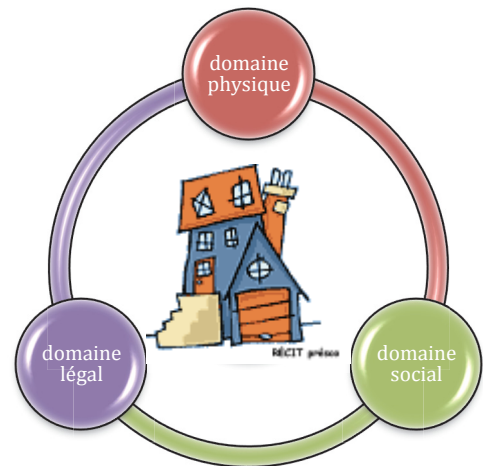
Causes	Facteurs de vulnérabilité	Éléments déclencheurs
Structurelles	Processus économiques (pauvreté, chômage) Processus du marché du logement	Arriérés de loyers ou d'hypothèques Expulsion d'un logement loué ou de sa propriété Perte d'un logement de fonction Changement de ville pour la recherche d'emploi
	Protection sociale et bien-être	Nouvelle arrivée, changement de statut Accès à un logement abordable et blocage de la protection sociale
	Immigration et citoyenneté	
Institutionnelles	Manque de services de base adéquats et de coordination entre les services existants afin de satisfaire la demande ou les besoins de soins	Rupture d'assistance ou absence d'assistance adéquate en cas d'urgence
	Mécanismes d'attribution	
	Vie en institution, prison, hospitalisation à long terme	Renvoi Perte du logement après une admission
	Procédures institutionnelles (admission, renvoi)	
Relationnelles	Statut familial	Départ du logement familial
	Situation relationnelle (maltraitance par compagnon ou parent)	Violence domestique
	Rupture relationnelle (décès, divorce, séparation)	Personne isolée
Personnelles	Handicap, maladie de longue durée, problèmes de santé mentale	Episodes de maladie Rupture d'assistance ou difficultés d'obtenir une assistance adéquate Abus de substances
	Faible acquis éducatif	
	Addiction	

Tableau adapté d'après Edgar (2009) tiré de : *Contributions des Experts (2010) à la Conférence Européenne de Consensus sur le Sans-Abrisme*. Bruxelles. p.10.

## Une définition cadre commune aux Etats membres de l'Union Européenne

Il a été observé au sein des pays européens que le taux de personnes vivant sans chez-soi n'était pas inversement proportionnel au niveau de développement ou au niveau moyen de vie des pays. Il n'en demeure pas moins difficile d'obtenir des chiffres précis relatifs à l'étendue et à la diversité de ce phénomène au sein de ces différents pays (Edgar, Watson, Harrison, 2007). Cette lacune complique l'utilisation efficace des données récoltées et ne permet que difficilement d'étayer les stratégies mises en œuvre en faveur de cette population. L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société qui est traité dans le cadre de la stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. Toutefois, l'élaboration et la coordination des politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement nécessitent de prendre en compte la grande diversité des personnes concernées, et c'est dans ce sens que la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) a développé en 2005 une typologie européenne de l'exclusion liée au logement, plus connue sous le sigle ETHOS (voir tableau ci-après)<sup>11</sup>. Il s'agit d'une définition cadre commune de l'absence d'un chez-soi qui permet d'étayer et de coordonner un développement continu de politiques à l'échelle européenne.

Cette typologie part du principe que le concept de "logement" est composé de trois domaines dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Selon la FEANTSA, avoir un logement peut être interprété comme : avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (domaine physique); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (domaine social) et avoir un titre légal d'occupation (domaine légal).



<http://recitpresco.qc.ca/photos/a-la-maison>  
adaptée par Eliane Bovitutti

Ce qui nous permet de distinguer quatre formes d'exclusion liée au logement :

- être sans abri
- être sans logement
- être en situation de logement précaire
- être en situation de logement inadéquat.

Cette définition cadre couvre l'ensemble du spectre des situations de vie qui doivent être prises en compte dans le cadre de l'élaboration de politiques de prévention, d'intervention en cas de crise et de réinsertion sociale.

---

<sup>11</sup> Accès : <http://www.feantsa.org/spip.php?article121&lang=en>, ETHOS (2007), Typologie européenne de l'exclusion liée au logement.

Catégories opérationnelles				Situation de vie		Définition générique
Catégories conceptuelles	SANS-ABRI	1	Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme lieu d'habitation
		2	Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3	Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion, logement provisoire	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
				3.2	Hébergement de transition avec accompagnement	
		4	Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violence domestique quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5	Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire /centre d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil à court terme du fait de leur statut d'immigrants
				5.2	Hébergement pour travailleurs migrants	
		6	Personnes sortant d'institution	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération
				6.2	Institutions socio-sanitaires	Restent plus longtemps que prévu par manque de logement
				6.3	Institutions pour enfants / home	Pas de logement identifié
		7	Bénéficiaires d'un accompagnement au logement	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex sans-abri
				7.2	Logement accompagné pour ex sans-abri	
	LOGEMENT PRECAIRE	8	Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergée par la famille/amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
				8.2	Sans bail de sous-location	Occupation d'une habitation sans bail signé
				8.3	Occupation illégale	Occupation illégale d'un logement / d'un terrain
		9	Personnes menacées d'expulsion	9.1	Application d'une décision d'expulsion	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels
				9.2	Avis de saisie	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
		10	Personnes menacées de violence domestique	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violence domestique
	LOGEMENT INADEQUAT	11	Personnes vivant dans des structures provisoires / non conventionnelles	11.1	Mobile home	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
				11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
				11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabane de structure semi-permanente
		12	Personnes en logement indigne	12.1	Logement inhabitable occupé	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
		13	Personnes vivant dans des conditions de surpeuplement extrême	13	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Définie comme excédant la norme nationale de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Tableau tiré de ETHOS (2007)

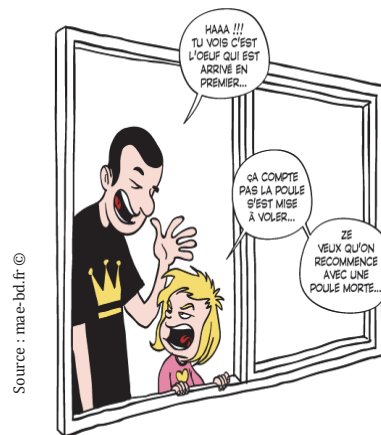
Typologie européenne de l'exclusion liée au logement, accès <http://www.feantsa.org/spip.php?article121&lang=en>

## Réalités et perspectives dans le contexte du Rôtillon.

Cette typologie confirme, en particulier au point 6 du tableau ci-avant, l'impasse vécue par certaines personnes qui sont adressées au sein de structures communautaires telles que Le Rôtillon et qui vont devoir y séjourner généralement plus longtemps du fait qu'elles n'ont plus ou pas de logement. Toutefois, il reste difficile d'affirmer l'existence d'une réelle corrélation

entre l'apparition des épisodes de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique et l'exclusion liée au logement.

Cette typologie nous permet de "catégoriser" les personnes sans logement en fonction de leur situation de vie ou de logement. Ces catégories conceptuelles divisées en treize catégories opérationnelles nous seront particulièrement utiles pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement qui seront mises en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre Le Rôtillon, l'hôpital psychiatrique, les services sociaux et le service du logement de la Ville et des gérances. Ils devraient voir le jour au courant du 1<sup>er</sup> trimestre 2015 pour une phase pilote de 2 ans.



*Qui de l'œuf ou la poule ...  
Les problèmes de santé mentale peuvent  
entraîner la perte de son chez-soi ...  
... et l'absence de chez-soi peut aussi être  
un facteur de stress à même d'altérer la  
santé mentale ...*

### 2.2.5 Un marché du logement discriminatoire

Nous vivons depuis plusieurs années une crise aiguë du logement.

Le taux de vacance dans le canton de Vaud est actuellement de 0,6% alors qu'un taux inférieur à 1,5% est déjà synonyme de pénurie. Cinq facteurs principaux expliquent cette crise :

1. la forte augmentation démographique
2. les différents flux migratoires
3. le fort taux de divortialité (41.9% en 2012)
4. l'augmentation des exigences en termes d'espace
5. l'importante diminution de l'intérêt des investisseurs privés et publics qui ont déserté le secteur de la construction (le nombre de nouveaux logements construits a diminué de moitié en dix ans).

En Suisse, Caritas estime aujourd'hui qu'une personne sur dix ne vit pas dans son propre logement, mais dans des formes d'habitations précaires (habitat de fortune, squat, hôtel, camping, hébergement d'urgence, etc.) ou des établissements spécialisés tel que Le Rôtillon. D'après le même organisme, un sixième de ces personnes vivrait sans domicile fixe et aurait recours, de manière alternative et/ou temporaire, aux abris d'urgence ou à l'hébergement chez des tiers. Toutefois, il demeure particulièrement difficile de chiffrer avec précision la prévalence de l'absence d'un chez-soi et ces chiffres sont à considérer avec une certaine prudence. En effet, beaucoup de ces personnes échappent encore aux statistiques malgré l'entrée en vigueur de la loi sur l'harmonisation des registres (LHR) qui oblige les communes à recenser toute personne vivant dans la commune. Cette prévalence de l'absence d'un chez-soi en Suisse demeure la plus

faible de toute l'Europe et peut s'expliquer, entre autres, par des politiques du logement et du travail ainsi que par une protection sociale que nous pouvons encore qualifier de généreuses.

Aujourd'hui, la demande est très forte et bien plus élevée que l'offre. Alors que la volonté de combattre cette pénurie est largement partagée, les moyens suggérés pour y parvenir varient considérablement selon les acteurs. Si certains préconisent d'agir sur la demande en proposant, par exemple, d'exercer un meilleur contrôle sur la migration, d'autres encouragent la création de logements en proposant des mesures foncières incitatives telles qu'une réduction de l'impôt foncier ou l'assouplissement des procédures administratives en matière de permis de construire. L'adoption, en 2013, de la modification de la loi sur l'aménagement du territoire (LAT) risque encore d'accroître la pénurie actuelle en restreignant encore les surfaces constructibles.

Dans ce contexte, les régies recourent malheureusement à des processus visant à sélectionner prioritairement les "bons risques", ce qui a pour conséquence de discriminer les personnes en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique. Elles se justifient en argumentant qu'elles ne sont que mandataires et que leur devoir est de répondre aux exigences des mandants qu'elles représentent. Il est vrai que la décision finale revient souvent aux propriétaires qui eux fondent leurs réticences sur le risque d'impayés, de troubles avec le voisinage ou d'une dégradation du logement. Par ailleurs, il est vrai que de nombreux immeubles sont la propriété d'institutions de prévoyance et les loyers impayés pourraient avoir, par exemple, des répercussions sur le versement des rentes.

Une chose est certaine, cette frilosité des gérances démontre l'importance de continuer à promouvoir des événements comme les Assises du logement qui ont lieu régulièrement chaque année sous l'égide de la Fondation Apollo<sup>12</sup>. Elles ont pour objectif de réunir les professionnels de l'immobilier et ceux du secteur santé/social dans le but d'intensifier les relations et développer des partenariats qui pourront contribuer à faciliter l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psycho-sociaux.

---

<sup>12</sup> Annexe 3 page 51 : la fondation Apollo



### 3<sup>ème</sup> PARTIE : CONSTRUCTION DES FONDEMENTS DE L'ACTION

#### 3.1 Un changement de paradigme dans la relation à l'autre

Nos principales difficultés ont résidé dans l'imprévisibilité du comportement des usagers, à la place prépondérante et privilégiée occupée par le produit (licite ou illicite) ainsi qu'à leur faible seuil de tolérance à la frustration. Cette fréquente désaffiliation d'un système dont ils avaient eux-mêmes décidé de s'exclure a également rendu notre tâche particulièrement compliquée. Celle-ci visait à les orienter vers les prestations spécialisées dont ils semblaient avoir besoin et pour lesquelles ils pouvaient même parfois être demandeurs.

Au fil de mes observations, je me suis aperçue que cette population d'usagers avait plutôt tendance à s'illustrer par ses "bêtises". Etant d'un naturel plutôt optimiste, il m'a semblé impératif d'essayer "d'inverser la vapeur" en leur donnant l'occasion de mettre en valeur leurs "bons côtés". Dans cette idée, j'ai décidé d'encourager mes collaborateurs à ne pas réduire ces usagers à un seul aspect de leur existence – le plus souvent leurs troubles du comportement, la maladie ou la souffrance –, mais à ouvrir leur regard et à les accueillir au-delà de leurs troubles, avec leur histoire (si possible leur version !), leur culture, leur entourage et leurs goûts, même si ceux-ci pouvaient parfois s'accompagner de traits mélancoliques ou d'idées de persécution. Par cette attitude, j'ai cherché à accompagner le changement de posture qui avait commencé à s'opérer. Le fait d'essayer de contrebalancer l'image de ces usagers a influencé notre état d'esprit et nous a permis de donner du sens à nos actions.

*C.F. est bien connu par la plupart des institutions vaudoises pour en avoir été exclu en raison de l'intensité de ses troubles du comportement. Plusieurs soirs par semaine, il revient ivre au Rôtillon. Il tient parfois à peine sur ses jambes et doit être orienté vers les urgences du CHUV car nous ne disposons pas de l'infrastructure nécessaire pour assurer la surveillance requise. Ce transfert se passe généralement dans des conditions très difficiles : C.F. ne veut pas aller au CHUV, les ambulanciers ne veulent pas l'emmener contre son gré, il ne peut pas rester au Rôtillon car nous avons estimé que les risques étaient trop élevés (chutes, broncho-aspiration, etc.). En conséquence, nous devons presque systématiquement recourir au SMUR<sup>13</sup> ainsi qu'à une patrouille de police pour que C.F. accepte finalement de se rendre au CHUV. Le jeudi, lors de notre colloque hebdomadaire, les professionnels expriment ce que j'entends comme pouvant être une forme de ras-le-bol : "C.F. est encore rentré alcoolisé (...)"*

A partir de cet événement, j'ai décidé de travailler sur deux aspects.

Un premier aspect a visé à sensibiliser les professionnels face à ce que j'ai perçu comme pouvant être un paradoxe. Les raisons qui ont motivé l'admission de C.F. sont liées à son addiction à l'alcool et à son refus d'adhérer à toute forme de réduction des risques. Dès lors, nous ne pouvions pas lui reprocher les difficultés qui en découlent.

Le deuxième aspect a consisté à confronter avec respect C.F. aux conséquences de ses alcoolisations comme, par exemple, de devoir aller nettoyer lorsqu'il avait déféqué sur le pas de porte des voisins ou de se faire copieusement insulter de manière humiliante. Passé son effet de

---

<sup>13</sup> Service mobile d'urgence et de réanimation

surprise, il nous a répondu : "je ne veux pas arrêter de boire, la bouteille est ma compagne depuis que j'ai 10 ans, ma mère est morte comme ça et, de toute façon, je mourrai comme ça !".

J'avoue que nous avons été un peu sonnés par le ton péremptoire de sa réponse. Passé cet effet de surprise, nous avons pris acte de ses décisions tout en lui expliquant que celles-ci pouvaient avoir des conséquences importantes pour sa vie et qu'ainsi nous ne pouvions pas les assumer seuls, mais que s'il était d'accord, nous pouvions nous engager à organiser une rencontre avec les autres intervenants de son réseau. En particulier son médecin et son curateur à qui il pourrait également exprimer ses "volontés" afin que nous puissions en discuter ensemble. Proposition qu'il a acceptée.

Une rencontre a pu avoir lieu dans les deux semaines qui ont suivi cette discussion et son médecin a proposé à C.F. de l'accompagner dans la rédaction de directives anticipées. Si cette alternative nous semble avoir contribué, du moins momentanément, à atténuer ses alcoolisations, elle nous a permis de nommer les attentes de C.F. et de faire en sorte qu'il puisse se sentir entendu par rapport à celles-ci

Un autre de nos défis a consisté à essayer, aussi souvent que possible, de faire bénéficier les usagers des prestations spécialisées au moment où celle-ci pouvait avoir du sens pour eux. Cette attitude nous a permis de les accompagner dans leur prise de conscience des effets de celle-ci et contribuer à développer l'instauration d'une relation de confiance.

*M.B. (2<sup>ème</sup> partie)*

*Suite à sa crise clastique (voir 1<sup>ère</sup> partie p. 13) M.B. a été hospitalisé en milieu psychiatrique avec l'aide du professionnel de piquet assisté par les forces de l'ordre.*

*Sur le moment, j'ai été tellement stupéfaite d'apprendre l'apparition brutale de cette crise que j'ai pris la décision, dès le lendemain matin, de faire un crochet par l'hôpital pour rencontrer M.B. et l'équipe professionnelle. A mon arrivée je ressens de leur part une certaine méfiance. Ils sont surpris de me voir là (j'apprendrai, par la suite, qu'ils étaient certains que je venais pour leur annoncer que je mettais fin au séjour de M.B.). D'entrée, j'annonce à M.B. que je souhaite le rencontrer car entre le dernier moment où je me suis entretenue avec lui et ce qui s'est passé la veille au soir, j'avoue que je ne comprends pas. Du tac au tac, il me répond qu'il a entendu des voix qui lui ont dit que si la Suisse avait perdu c'était de sa faute (nous sommes en pleine période de Mundial) et que c'est pour ça qu'il a eu une crise. En le regardant dans les yeux, je valide ce qu'il vient de me dire en lui répondant que je reconnaissais qu'il était atteint d'une grave maladie et que ses symptômes devaient le faire souffrir et que je pouvais comprendre qu'il traversait une période de transition difficile (M.B. est hospitalisé depuis près de 2 ans) et que celle-ci pouvait contribuer à accentuer ses symptômes, mais que pour moi cela ne justifiait pas son acte ni la violence de celui-ci. Qu'avant de tout casser, il pouvait exprimer sa colère par des mots, qu'une équipe était là pour l'entendre. Je le confronte également aux conséquences financières et pratiques de son acte (il devra participer aux frais de remise en état et les autres usagers seront privés de WC le temps d'effectuer les réparations). Il semble emprunté par mes propos. Longuement, nous nous regardons silencieusement puis il m'explique qu'il s'était senti humilié par le veilleur car celui-ci lui aurait demandé, devant les autres usagers de l'institution,*



*de ne pas s'asseoir sur le canapé mais sur une chaise car il était incontinent.*

*Une nouvelle fois, je valide son sentiment en lui disant que je ne pouvais pas préjuger de ce qui s'était dit ou pas, vu que je n'étais pas là, mais que si le veilleur lui avait dit ces mots, je reconnaissais qu'il s'agissait d'une maladresse et que je le priais de nous en excuser. Mais à nouveau, je lui précise fermement que pour moi cela ne justifie toujours pas sa destruction de biens publics.*

*Après un moment de réflexion, il me dit qu'il est d'accord avec ces conditions et qu'il veut bien essayer de mieux contrôler sa colère, mais que c'est quelque chose de difficile pour lui. Pour ma part, je lui dis qu'il est le bienvenu au Rôtillon à ces conditions car personne ne vit ou ne travaille au Rôtillon pour subir cela. Je l'informe également que plusieurs usagers présents au moment de sa crise ont été choqués par la violence de celle-ci et que je pense qu'il devrait s'adresser à eux ainsi qu'aux collaborateurs pour leur adresser ses excuses. Ce qu'il accepte.*

*M.B. a réintégré Le Rôtillon le lendemain. Il a été accueilli par sa référente. Avec son soutien il s'est adressé avec authenticité aux usagers et aux collaborateurs au début du repas en leur disant qu'il avait de la difficulté à contrôler ses émotions et qu'il s'excusait de s'être emporté l'autre soir.*

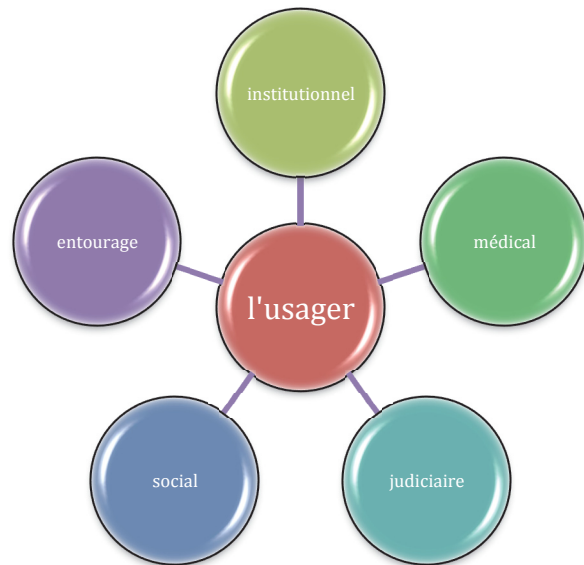
Chercher à reconnaître et à valoriser ce qui pouvait permettre aux usagers d'exister pour ce qu'ils étaient, à contribuer à favoriser leur réappropriation de leur projet de vie. Du point de vue des professionnels, cette attitude a certainement contribué à faire évoluer notre regard vers une plus grande humanité sans toutefois accepter de n'être considéré par les usagers que comme l'exutoire de leur frustration. Ces deux exemples illustrent combien il peut être difficile pour les professionnels d'accepter leurs limites et de les exprimer à l'usager de manière constructive sans qu'ils se sentent rejetés.

Donner l'occasion aux usagers d'exprimer leurs envies, implique d'être prêts à être confrontés à nos limites et, par conséquent, à notre propre vulnérabilité. Cette disposition ne s'acquiert que par l'expérience et le développement personnel. Raison pour laquelle j'ai souhaité, depuis l'ouverture de l'établissement, collaborer étroitement avec une infirmière praticienne en relation d'aide dont le mandat est de prendre soin des professionnels avec la même attention que celle que nous demandons à ceux-ci à l'égard des usagers. Par exemple, elle intervient à notre demande pour réaliser des débriefings lors de situations exigeantes sur le plan émotionnel ou, sur demande, des collaborateurs lorsque la confrontation avec leur propre vulnérabilité devient synonyme de souffrance pour eux.

Confrontés à ce travail au long cours parsemé d'échecs et de recommencements, la tentation peut être forte pour les professionnels de développer diverses stratégies d'adaptation visant à leur permettre de faire face à leur impuissance professionnelle. Ce risque justifie, selon moi, une implication forte de la part de la direction afin de mettre en place des mesures visant à prévenir les risques d'un épuisement professionnel et veiller au maintien des principes de bienfaisance. Cette implication contribuera également à gérer et à limiter l'apparition de contre-attitude chez les professionnels et promouvoir la vision qu'avant d'être difficiles ces usagers sont avant tout difficiles à aider, et qu'ils nous confrontent à notre impuissance qui, elle nous confronte à notre propre vulnérabilité.

### 3.2 L'importance du travail en réseau

Le travail en réseau regroupe, autour de l'utilisateur, des intervenants provenant d'horizons institutionnels et/ou professionnels différents. Il recouvre aussi des réalités parfois éloignées les unes des autres qui sont à même de générer chez les intervenants des dilemmes d'ordre émotionnel, axiologique et déontologique. Encore trop peu défini, insuffisamment normé, il permet à chaque intervenant de se construire sa propre représentation de ce que devrait être le travail en réseau. Et cela contribue à en multiplier les modèles (case manager clinique, référent de situation, etc.) à ouvrir la porte aux dysfonctionnements et aux malentendus de tout genre. Alors que co-construit en partenariat au sein d'un réseau légitimé et sur la base de règles claires, le travail en réseau devient le garant des objectifs que l'utilisateur s'est fixé.



Largement utilisés dans les domaines de la santé et du social, le fonctionnement et la pertinence du travail en réseau sont régulièrement remis en question par de nombreux professionnels qui critiquent, en particulier, l'écart entre l'investissement qu'il nécessite et son faible retour sur investissement, sous-entendu, le peu de valeur ajoutée qu'il apporte à notre travail quotidien avec l'utilisateur.

*Une première décompensation psychotique a d'abord conduit S.S. en prison (en raison des délits qu'il avait commis), avant qu'il ne soit transféré en milieu hospitalier psychiatrique. Durant son séjour à l'hôpital, une mesure civile de PAFA a été ordonnée par le juge sur requête de son médecin psychiatre. Son état psychique s'est progressivement stabilisé et ne justifiait plus un séjour à l'hôpital. Dans l'attente de son jugement, mais aussi parce qu'il avait perdu son logement au cours de cet épisode et que sa mesure de PAFA ne lui permettait pas d'autre alternative, S.S. a été admis au Rôtillon.*

*Progressivement, S.S. évolue favorablement dans l'acquisition de son autonomie, ceci malgré une consommation d'alcool qu'il tente de contrôler. Après plusieurs mois, il exprime à son référent qu'il souhaite continuer son apprentissage de cuisinier qu'il a interrompu lors de sa décompensation. En concertation avec son réseau, nous lui proposons dans un premier temps d'intégrer notre atelier restauration à raison de 1h30 par jour, trois matins par semaine. Le début est plutôt très laborieux et le rythme est difficile à trouver. Il est régulièrement en retard, les remarques du chef de cuisine sont difficiles à accepter, et parfois il oublie qu'il doit se rendre à son atelier. Toutefois de manière générale, il se montre de plus en plus appliqué dans la réalisation de ses tâches. Il se sent utile et valorisé par le chef de cuisine. Son estime de soi se reconstruit progressivement, il se dit fier de pouvoir travailler. Peu de temps après, alors que son intégration dans cet atelier demeure encore bien fragile, il*

*fait la demande de pouvoir intégrer un appartement. Nous lui demandons s'il ne pense pas que de gérer ces deux activités en même temps créeront chez lui un stress trop important ? Déterminé, il nous dit que non. Devenu prudents avec le temps, nous lui demandons d'attendre la prochaine rencontre de réseau qui aura lieu dans six mois pour en reparler, et en attendant nous l'encourageons à développer ses habiletés dans le cadre de cet atelier. Visiblement frustré par notre réponse, il s'est adressé à un autre membre de son réseau qui ne le voit environ qu'une fois par mois. Il se plaint de notre refus en disant qu'il ne comprend pas pourquoi nous lui refusons l'accès à un logement alors qu'il travaille bien et qu'il va mieux. L'intervenant estime lui aussi, sur la base de ses observations, qu'il va bien et qu'il a réalisé de nombreux progrès. L'intervenant décide unilatéralement d'accéder à sa demande sans que nous en soyons informés et lui propose de l'accompagner dans ses démarches.*

*Peu de temps après, nous observons que des symptômes psychotiques sont à nouveau très présents. Sa consommation d'alcool augmente fortement ainsi que ses troubles du comportement. Presque tous les soirs S.S. revient au Rôtillon dans un intense état d'excitation et se montre très virulent envers les membres de l'équipe (insultes, menaces, disqualifications humiliantes).*

Pour les professionnels du Rôtillon, travailler en réseau s'inscrit comme quelque chose d'essentiel dans leur pratique. Il leur permet de rassembler autour du projet de l'utilisateur, les compétences professionnelles nécessaires qui vont permettre de tendre vers sa réalisation des objectifs fixés et assurer son pilotage. Le travail en réseau entre des professionnels qui se connaissent, et qui réciproquement connaissent et respectent le champ d'action de l'autre, qui partagent des valeurs communes et qui ont formalisé des objectifs en commun sont autant de facteurs qui vont contribuer à augmenter les chances de succès et la satisfaction de chacun. En l'absence de tels facteurs, il n'est pas rare d'observer l'apparition de joutes entre professionnels. Celles-ci résultent le plus souvent d'un clivage orchestré généralement par l'utilisateur qui fait "son boulot de patient" en recourant à des mécanismes de défense pour tenter de juguler ses angoisses. Dans ce même ordre d'idée, nous devons avoir à l'esprit que la cohésion du réseau peut être vécue par l'utilisateur comme une forme de collusion délétère et susceptible de faire qu'il se sente disqualifié. Il cherchera dès lors à faire imploser cette cohésion. Si ces joutes sont à même de compromettre gravement le pilotage du travail en réseau, il apparaît ici illusoire de penser que cette composante humaine puisse être complètement et définitivement solutionnée par la mise en place d'outils communs et de règles de fonctionnement claires. Toutefois je persiste à penser qu'en ayant connaissance de ces facteurs de risque, nous devons impérativement prévoir des mesures visant à permettre d'envisager ce risque comme une possibilité, sans que celle-ci préjuge des compétences professionnelles de l'intervenant concerné. En cherchant à prévenir et à reconnaître l'apparition de contre-attitude, nous contribuons à créer un espace où elles peuvent être gérées de telle manière à ce qu'elles puissent prendre un sens dans le développement personnel de chacun.

Confrontée à ces difficultés, j'avoue que je me suis moi aussi posé la question de la pertinence de ce travail en réseau. Est-il utile et nécessaire ? Je n'en ai pas douté longtemps car, comme le dit bien Furtos, "la bonne précarité, c'est savoir qu'on a besoin de l'autre", et selon moi pour répondre de manière cohérente aux besoins pluriels de cette population d'utilisateurs, notre travail doit absolument intégrer cette dimension.

Assimilé à une gestion de projet, le travail en réseau implique, outre une définition claire des rôles et des objectifs précis, une vision commune des problèmes et des pistes d'intervention

envisagées. Toutefois, j'observe dans le cadre de mon travail qu'il est rare que ces conditions soient formellement discutées lors des rencontres "de réseau". Elles semblent plutôt se décider de manière implicite en fonction des compétences individuelles de chacun. Par exemple, celui qui aura des compétences de leader "charismatique" assurera souvent le pilotage de l'action. Mais s'il s'en va, personne ne va se soucier de savoir qui reprendra ce rôle.

Dans une autre mesure, le travail en réseau implique de ne pas être focalisé sur les difficultés ou sur la maladie, mais de tendre vers les ressources, la santé et le bien-être de l'utilisateur. Il doit être le garant de la construction d'une vie avec le plus de sens et de satisfaction possibles définie par l'utilisateur lui-même. Et ceci, quels que soient ses symptômes et/ou ses problèmes présents ou récurrents. L'utilisateur doit se sentir impliqué et même devenir proactif dans l'organisation du travail en réseau en déterminant lui-même la fréquence et les priorités de celui-ci.

A ce stade, nos actions font encore l'objet de questionnements d'ordre organisationnel et théorique. De même elles reposent sur une démarche encore perfectible. Toutefois, nous nous sommes aperçus et déjà aperçus que l'intention seule ne suffit pas à garantir l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés.

### 3.3 L'acquisition et le développement de compétences spécifiques

Assez rapidement je me suis aperçue que travailler avec cette population implique l'acquisition et le développement de compétences spécifiques, comme dans toute discipline.

Depuis l'ouverture de l'institution, nous avons privilégié deux thèmes dans notre programme de formation continue interne qui nous ont semblé prioritaires :

- la psychopathologie
- la prévention et la gestion des incivilités, de la colère et de la violence.

Ainsi, depuis 2011, l'ensemble des collaborateurs, tous secteurs confondus, participent tout au long de l'année à un programme de formation spécifique et adapté à leurs qualifications. Chaque thème comporte 3 sessions et son organisation est répartie tout au long de l'année.

Le thème de **la prévention et de la gestion des incivilités, de la colère et de la violence** mérite que je m'y attarde un peu car son contenu a été construit de manière empirique sur la base de nos observations et des besoins spécifiques qui ont pu être identifiés. En effet, depuis l'ouverture de l'institution, nous avons décidé de conclure un contrat de prestations avec une entreprise qui exerce dans le domaine de la sécurité, ceci en complément au recours possible aux forces de l'ordre. Cette entreprise pouvait être appelée à intervenir en première ligne en cas d'indisponibilité des forces de l'ordre ou lorsqu'une situation était susceptible de représenter un risque pour l'intégrité des autres usagers ou des collaborateurs. Or nous nous sommes aperçus que le fait de recourir à une telle entreprise avait tendance à péjorer la gestion de la situation et que celle-ci avait alors tendance à se terminer "en corps à corps", ce qui n'était pas notre intention de départ et qui nous est apparu comme contre-productif dans ce contexte. De surcroît, nous avons estimé que cette image pourrait contribuer à renforcer l'idée que seul un homme fort si possible, serait à même de pouvoir gérer ce genre de situation. Ce qui contribue à renforcer le risque de favoriser une externalisation de la gestion de ce risque présent chez la majorité des usagers accueillis au Rôtillon.

A partir de ce constat, et compte-tenu du fait que la gent féminine est très largement représentée au sein des collaborateurs, nous avons décidé de recruter les compétences d'une agente de sécurité dans la perspective de construire une formation sur mesure comprenant un

volet théorique, suivi de volets pratiques durant lesquels chaque collaborateur aura l'occasion de s'exercer à prévenir et à gérer ce genre de situation. Chaque collaborateur a pu ainsi acquérir et développer les compétences spécifiques qui lui permettent aujourd'hui de repérer plus rapidement les situations à risque, de parvenir à les désamorcer avec plus d'aisance (et en diminuant le risque de se mettre en danger) tout en limitant le recours aux forces de l'ordre pour les situations les plus extrêmes.

Notre capacité de réagir face à ce genre d'événements est très personnelle, c'est pour cette raison que nous avons décidé de rendre possible la personnalisation de cette formation afin que son contenu s'ajuste au mieux aux besoins de chaque collaborateur. La mise en œuvre de cette formation a eu trois incidences majeures :

1. elle a diminué de manière significative le recours aux services des forces de l'ordre pour la gestion de ce type d'incidents
2. elle a permis aux collaborateurs de se réapproprier cette confrontation nécessaire avec les troubles du comportement des usagers afin de pouvoir l'entrevoir dans une perspective thérapeutique tout en prenant en compte les risques qu'elle pouvait comporter
3. elle nous a fait entrevoir ce thème comme un axe principal de notre travail.

Initialement nous avions décidé de déployer ce cours sur une seule année mais par la suite nous nous sommes aperçus que certains collaborateurs avaient tendance à adapter leur seuil de tolérance face à ce genre de comportement, observation qui nous a fait décider de l'organiser de manière systématique, chaque année, pour l'ensemble des collaborateurs de l'institution, tous secteurs confondus.

La capacité à résister face à une densité élevée de comportements agressifs (sans développer de contre-attitude ou s'épuiser) est un thème qui nous questionne. Je pense aujourd'hui que celui-ci devrait pouvoir être intégré à la politique de gestion des risques institutionnels et reposer sur une stratégie managériale voulue.

## 4<sup>eme</sup> PARTIE : OUVERTURE A DE NOUVELLES PRESTATIONS

Depuis l'admission des premiers usagers je suis parvenue à identifier progressivement 4 zones de tension susceptibles d'interférer dans notre mission :

1. un engorgement chronique des hôpitaux psychiatriques qui nous contraint à devoir prolonger l'hébergement d'usagers lorsque survient un contexte de crise psychosociale
2. un accès fortement restreint à l'hospitalisation en milieu psychiatrique en raison d'un important délai d'attente (plusieurs semaines parfois)
3. une intolérance à la proximité physique et aux règles imposées par un cadre de vie communautaire
4. un marché immobilier discriminatoire qui limite fortement l'accès au logement.

Attentive à mieux répondre aux besoins des usagers et de la collectivité c'est notamment à l'occasion d'un voyage à New-York durant lequel j'ai été surprise de ne voir pratiquement aucun mendiant dans la rue que j'ai cherché à en connaître les raisons. J'y ai découvert un dispositif particulier "Pathways to housing"<sup>14</sup> qui avait été développé dans les années 90 sous l'impulsion du Dr Sam Tsemberis. Ce dispositif a vu le jour de manière empirique après que les prestataires de services d'aide aux sans-abri se soient rendus compte que ceux-ci n'étaient pas pris en charge de manière adéquate par les services existants.

De retour en Suisse, j'ai cherché à savoir si d'autres programmes de ce type-là avaient déjà franchi l'Atlantique et, le cas échéant, de connaître quelle en était leur nature, comment ils s'étaient déployés et si des résultats probants avaient déjà pu être démontrés. Au fur et à mesure de mes recherches, j'ai découvert qu'il existait un projet d'expérimentation sociale appelé "Housing First Europe"<sup>15</sup> dont l'objectif principal était d'évaluer au printemps 2013 les différents projets pilotes qui avaient été mis en œuvre à travers l'Europe. C'est ainsi que j'ai su que le dernier projet à avoir vu le jour à l'échelle nationale se déroulait dans quatre grandes villes de France (Lille, Toulouse, Marseille et Paris). Après avoir contacté M. Jean-Marc Antoine (chargé de projet pour Paris), j'ai eu l'occasion de me rendre à Paris (dans le cadre du voyage d'étude prévu par la formation) et de passer une semaine avec les différents membres de l'équipe de projet. A cette occasion, j'ai pu visiter les différents dispositifs associés à ce projet et m'entretenir avec les différents responsables ainsi que plusieurs membres de l'équipe psychosociale.

Je me suis rapidement aperçue que si nos populations présentaient des similitudes, la précarité sociale dans laquelle vivaient ces personnes n'était pas superposable. Cette expérience m'a néanmoins fait constater que ce projet avait permis à des personnes en situation de vulnérabilité psychique d'accéder à un logement et que l'accompagnement apporté par l'équipe mobile et les ressources des dispositifs associés leur ont permis de développer leur capacité à habiter. Des chiffres encourageant qui faisaient état que 80% des personnes qui avaient été logées dans le cadre de ce projet vivaient toujours dans leur appartement après 18 mois. Ce résultat m'a encouragée à franchir le pas et à élaborer un projet adapté à nos réalités socio-économiques.

Pendant ce temps, j'ai également participé à différentes discussions sur le thème du sans-abrisme à travers les réseaux sociaux. Ainsi j'ai été invitée par la FIO.PSD<sup>16</sup> à participer à la création du "Network Housing First Italia"<sup>17</sup> en vue de mutualiser nos apprentissages et de

---

<sup>14</sup> Annexe no 4 page 52 : Pathways to housing

<sup>15</sup> Annexe no5 page 53 : Housing first Europe

<sup>16</sup> <http://www.fiopsd.org/fr/>

<sup>17</sup> <http://www.housingfirstitalia.org/fr/successo-per-la-conferenza-nazionale-costituito-il-network-housingfirstitalia/>



partager nos expériences. Depuis, je participe régulièrement à des vidéo-conférences internationales qui regroupent des pionniers de ces programmes comme le Dr Sam Tsemberis ou le Professeur Jose Ornelas (Casas primero au Portugal). Bien que nos réalités sociales soient très différentes et qu'elles conditionnent inévitablement l'accessibilité ainsi que les ressources allouées à ce type de projets, de telles collaborations contribuent à fédérer un ensemble de professionnels autour de thématiques communes qui dépassent notre champ d'action géographique. En ce qui me concerne, les comparaisons possibles à un niveau international se limitent au niveau clinique.

Plus proche, je me suis également intéressée au projet biennois "Casanostra<sup>18</sup>" et fribourgeois "La Tuile<sup>19</sup>". Tous deux offrent une approche intéressante qui sort de ce qui est habituellement proposé.

#### 4.1 La création d'un dispositif d'accompagnement psycho-social de proximité

C'est après avoir supposé l'existence d'un lien entre la notion de contrainte décrite par les usagers (qui ne peuvent pas entrevoir d'autre solution acceptable en terme de logement hormis un hébergement au sein d'une structure communautaire), la place privilégiée et prépondérante accordée aux produits (licites ou illicites) et l'intensité de leurs troubles du comportement fréquemment à l'origine de la crise clastique qui nécessitera une mise à distance (momentanée ou définitive) de l'usager par le biais d'une hospitalisation en milieu psychiatrique que l'idée de créer un tel dispositif m'est apparue comme susceptible de représenter une alternative à même de permettre à l'usager concerné (et qui en possède les capacités) de quitter ce "boulevard de l'impossible".

Avant de déployer un tel dispositif nous nous sommes renseigné sur les exigences d'un tel dispositif<sup>20</sup>. Puis nous avons élaboré un concept, assuré son financement et recherché des logements vacants.

##### 4.1.1 Le concept

Ce dispositif d'accompagnement psycho-social de proximité (DAPSP) a été créé dans le but de permettre à des usagers en situation de vulnérabilité psychique et/ou de précarité sociale résidant principalement au sein du Rôtillon de réintégrer leur logement, le cas échéant, d'accéder à un logement indépendant tout en accompagnant le développement de leur capacité à habiter.

Un certain nombres de valeurs, telles que celles énumérées ci-après, sont venues compléter les fondements de notre action :

- le logement est un droit fondamental pour tous<sup>21</sup>
- le logement est attribué à l'usager de manière durable, à moins que les conditions d'occupation "normale" ne soient pas respectées et ceci de manière répétée
- dans la mesure du possible, l'accès au logement doit être distinct du traitement. L'accent est mis sur la réduction des risques et l'orientation vers le rétablissement
- le logement contribue à offrir à l'usager un sentiment de sécurité et de stabilité

---

<sup>18</sup> Annexe no 6 page 55 : Casanostra, Bienne

<sup>19</sup> Annexe no 7 page 56 : La Tuile, Fribourg

<sup>20</sup> Annexe no 8 page 57 : Définition des structures d'accompagnement médico-social et des prestations socio-éducatives ambulatoires

<sup>21</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)

- l'accompagnement individualisé prend sens dès lors qu'il est choisi et qu'il convient à l'utilisateur
- la nécessité de cet accompagnement ne doit pas être limitée dans le temps, mais faire l'objet d'évaluations régulières afin d'en vérifier sa pertinence et, le cas échéant d'en adapter les objectifs et l'intensité.

Les usagers sont admis sur un mode volontaire. Toutefois la décision formelle est prise dans le cadre d'une rencontre de réseau. Le Rôtillon se réserve le droit d'exclure les usagers qui, de manière répétée accumuleraient des troubles du voisinage, une détérioration de leur logement et/ou des impayés. Dans la mesure du possible, nous ne proposons uniquement des baux à durée indéterminée ce qui nous permet de privilégier des solutions qui s'inscrivent dans la durée.

Les premiers usagers à avoir bénéficié des prestations du DAPSP avaient trouvé un logement par eux-mêmes, certes précaire (hébergement par un tiers, à l'hôtel, au camping, etc.), mais qu'ils ont préféré à l'hébergement communautaire car selon eux la contrainte était devenue insupportable. Dans l'organisation de leur projet, ils sont venus me demander comment ils pourraient maintenir un lien avec les professionnels du Rôtillon afin d'obtenir de l'aide pour gérer leur traitement ou leur revenu et avoir un soutien en cas de coup dur. Je les avais alors orientés vers notre centre d'accueil de jour. Mais assez rapidement je me suis aperçue que cette proposition ne correspondait pas à leurs attentes, ceci essentiellement parce qu'elle recréait une forme d'accompagnement communautaire. Ce constat m'a progressivement amenée à transformer notre centre d'accueil de jour en dispositif orienté vers l'extérieur. Cependant, ce nouveau dispositif n'a pas remplacé l'offre d'accueil de jour car celle-ci correspond aux attentes de certains usagers qui recherchent un cadre de vie communautaire. La capacité d'accueil de centre de jour a été réduite au profit du développement de la capacité d'accueil du DAPSP.

Une équipe mobile, composée d'une psychologue (0,6 Ept), d'une infirmière (0,2 Ept) et de deux accompagnants socio-éducatifs (0,7 et 0,2 Ept) accompagne, en principe du lundi au vendredi entre 8 et 17 heures les 14 personnes qui composent actuellement la cohorte du DAPSP. Le samedi et le dimanche, ou en dehors des heures prévues, l'équipe socio-éducative du Rôtillon ainsi que l'intervenant de piquet prennent le relais pour, le cas échéant, orienter ou accompagner les usagers vers les ressources de la collectivité.

Cette accessibilité 365 jours par an 24h s/24h, représente indéniablement une valeur ajoutée qui contribue à sécuriser l'utilisateur pour des questions qui peuvent parfois nous paraître futiles. Elle offre l'avantage de répondre à une situation perçue comme anxiogène par l'utilisateur au moment où celui-ci en ressent le besoin.

*D.B. prend un soir l'initiative de dégivrer son frigo. Auparavant il n'a jamais exécuté cette tâche et il pense qu'en utilisant un couteau cela se passera bien. Dans son élan, il perce une des parois du frigo et se met à paniquer en entendant le gaz s'échapper. Il décide d'appeler le piquet. Celui-ci pourra le déculpabiliser de son acte et le renseigner sur les démarches à effectuer. Le contexte de crise s'est apaisé de lui-même.*

Afin de prévenir les risques d'un isolement social, les usagers qui composent aujourd'hui cette cohorte peuvent également participer aux activités socio-culturelles ou sportives qui sont régulièrement organisées par Le Rôtillon. Ils peuvent également être engagés dans le cadre de nos ateliers rémunérés destinés en priorité aux usagers du Rôtillon. Prochainement, un usager du DAPSP va intégrer l'équipe professionnelle en qualité de "pair praticien" en santé mentale et reconnaître ainsi son expertise. Il n'a pas encore suivi la formation spécifique mais celle-ci pourra être envisagée dès lors que cette expérience prendra un sens pour lui.



### Accompagnement, intensité et durée

La transition entre Le Rôtillon et l'intégration d'un chez-soi est considérée comme une période à risque durant laquelle les usagers ne sont pas tous égaux face à leurs capacités. L'accompagnement est hautement individualisé et s'organise en trois phases, chacune d'elle correspondant plus ou moins à une année :

1. la première phase correspond à **l'intégration de son chez-soi** : elle nécessite une implication particulière des intervenants qui sera à la fois intensive et flexible. Elle a pour but, en étroite collaboration avec l'usager, de gérer et de coordonner tous les divers aspects logistiques, financiers, administratifs et psycho-sociaux de son projet. A ce jour nous l'estimons à 4h par semaine. Cette phase dure en moyenne entre 4 et 6 mois en fonction des capacités de l'usager et de son parcours. Elle est généralement suivie par une période durant laquelle il n'est pas rare d'observer une exacerbation de la symptomatologie de l'usager. Cette phase peut durer entre 3 à 6 mois et elle peut parfois nécessiter une brève hospitalisation (ou un cours séjour au Rôtillon si nous avons de la disponibilité). Ce suivi est assuré par un intervenant qualifié (éducatrice, psychologue ou infirmière)
2. la deuxième phase correspond à **l'appropriation de son chez-soi** : elle intervient une fois que la plupart des activités susmentionnées ont été réalisées. Elle dure environ une année durant laquelle l'usager va consolider ses nouveaux repères et commencer à expérimenter sa vie de manière la plus autonome possible au sein de son logement. Il est fréquent que l'usager exprime alors un sentiment d'isolement social. Celui-ci devra être pris au sérieux car il pourrait devenir une source de décompensation psychique. Il implique souvent de faire preuve d'imagination car la plupart des ateliers protégés ont de longues listes d'attentes ou leur seuil d'accessibilité est trop élevé par rapport aux capacités de ces usagers. Le temps d'intervention est estimé à 2h par semaine et il est dispensé par un binôme formé d'un intervenant qualifié et d'un accompagnant psycho-social
3. la troisième phase, bien que nous ne l'ayons pas encore formellement expérimentée dans le cadre de notre projet, elle prévoit l'installation durable des usagers dans leur logement avec la possibilité d'une reprise du bail à loyer par l'usager. La nécessité de maintenir l'intervention du DAPSP sera également évaluée à la fin de cette troisième année.

L'expérience nous a montré que l'intensité de ces suivis pouvait fluctuer d'un usager à l'autre, de même qu'au cours du suivi d'un usager. L'important, c'est de respecter son rythme et de s'adapter à ses attentes et à ses besoins.

Le passage entre ces différentes phases s'effectue sur la base d'une évaluation des objectifs qui ont été définis dans le cadre de l'évaluation ELADEB qui précède chaque projet.

A ce jour nous ne disposons que d'une modeste période de recul (18 mois) mais nous sommes déjà en mesure de pressentir qu'une minorité de ces personnes nécessitera le maintien d'un accompagnement au-delà de la période de transition que nous avons estimée pour l'heure à 3 ans.

### Développer la capacité à habiter

Habiter ne se réduit pas à loger. C'est pourquoi nous avons développé trois ateliers d'accompagnement vers le logement indépendant :

1. Atelier 1 : "**je veux un appart !**" cet atelier vise à renseigner et à apporter l'aide nécessaire pour réaliser les différentes formalités en lien avec la recherche d'un logement : compréhension de sa situation administrative et financière personnelle, préparation du dossier pour les gérances, recherche sur internet, organisation des visites, inscription auprès des gérances, etc.
2. Atelier 2 : "**ça y est j'emménage !**" cet atelier vise à aider et à accompagner les usagers dans la préparation de leur déménagement (faire une liste des meubles dont il aura besoin, établir un devis, rechercher des fonds, planifier le déménagement, etc.).
3. Atelier 3 : "**garder mon appart, c'est de ma responsabilité !**" cet atelier vise à responsabiliser les usagers face à leur comportement de telle manière à limiter les risques. Y compris celui de réaliser que la vie en logement indépendant ne lui convient pas et, le cas échéant, de l'encourager et de l'accompagner dans la résolution de ses problèmes.

#### 4.1.2 Les logements

C'est en allant présenter notre projet à quelques gérances de la place et en leur proposant d'externaliser les risques (d'impayés, de troubles du voisinage, de détérioration du bien) en prenant les baux à loyer au nom de l'institution que les premières gérances ont accepté de conclure un partenariat de collaboration avec nous. Ces gérances ont toutes demandé à avoir **un interlocuteur** en cas de nécessité.

#### 4.1.3 Coûts et sources de financement d'un tel dispositif

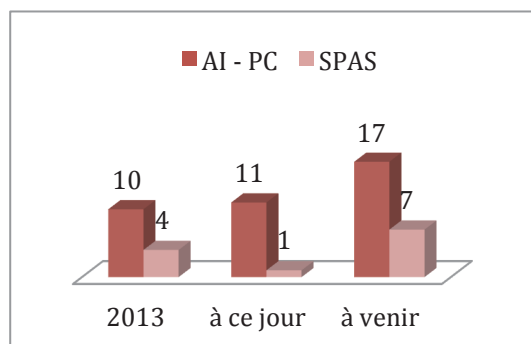
##### Coûts directs et indirects

Une convention signée avec le service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) nous assure le remboursement des coûts directs des prestations dispensées (tarif horaire pour le personnel qualifié de Frs 66.- et non qualifié de Frs 25.-, dans une limite maximale de Frs 850.-/mois qui peut être discutée de cas en cas). Ces tarifs ne correspondent pas à la réalité salariale en termes de qualifications et d'expérience requises pour ce type d'accompagnement. Cependant, en l'absence d'une réglementation à ce propos, le SPAS garantit le financement de la différence.

Les coûts indirects mentionnés ci-dessous sont financés par les ressources latentes de l'institution et intégrés dans le décompte final :

- le temps et les moyens de déplacement (transports publics, Mobility®, Velopass®, etc.)
- l'ensemble des frais relatifs la gestion administrative de l'utilisateur
- l'ensemble des frais relatifs la gestion du personnel
- l'ensemble des frais relatifs la gestion des risques.

##### Sources de financement



Comme le montre l'infographie ci-dessous, la majorité des usagers qui composent notre cohorte sont au bénéfice des prestations de l'Assurance invalidité.

### Premiers résultats et perspectives de déploiement

Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 à ce jour :

- 14 usagers ont été inclus au sein de cette expérimentation sociale
- 4 usagers ont quitté ce dispositif en cours de route :
  - 1 usager a dû être admis temporairement au Rôtillon avant de pouvoir réintégrer son logement
  - 1 usager a été hospitalisé
  - 2 usagers ont réintégré leur réseau de soins conventionnel et définitivement quitté la cohorte
- 1 usager a été engagé dans le cadre de nos ateliers rémunérés
- 4 usagers participent régulièrement aux activités sportives ou socio-culturelles
- 4 usagers vont intégrer prochainement le dispositif
- 25 personnes sont inscrites sur notre liste d'attente.

A ce jour, aucun trouble du voisinage, ni détérioration des logements attribués ont été constaté. Les usagers se portent tous plutôt bien et se disent heureux d'avoir pu intégrer le DAPSP. Certains usagers ont pu établir des relations privilégiées avec leur voisinage et, au surplus, nous relevons une meilleure adhésion à leur traitement, une continuité dans leur processus de rétablissement ainsi qu'une nette diminution de leurs consommations d'alcool et de stupéfiants.

Ces résultats encourageants nous ont convaincus que cette alternative pourrait permettre d'offrir une nouvelle perspective aux usagers concernés qui sont habituellement orientés vers des structures d'hébergement communautaire. Toutefois, le déploiement de cette activité "vers un logement indépendant" devrait, selon nous, s'inscrire dans un projet plus ambitieux favorisant le déploiement de synergies entre les différents acteurs concernés. Dans le même ordre d'idée, il nous semble que des innovations doivent encore être trouvées afin de permettre une réelle séparation entre "le logement" et "le suivi psychosocial". La création par exemple d'une agence immobilière sociale financée par un fond commun pourrait être à même de nous décharger de toutes les tâches en lien avec la recherche d'appartements ou la gestion administrative de ceux-ci.

## 5<sup>ème</sup> PARTIE : DISCUSSION CONCLUSIVE

Dans un contexte d'engorgement chronique des hôpitaux psychiatriques du canton, l'ouverture d'une nouvelle structure d'hébergement communautaire a généré l'admission d'un nombre très élevé d'usagers sur une période extrêmement courte. Cette conjonction a contribué à mettre en évidence l'émergence d'une nouvelle population caractérisée par des usagers "qui vont mal". Bien que nous puissions observer chez eux quelques traits de mélancolie ou de persécution, ces traits ne sont pas à l'origine de leur demande d'hébergement au Rôtillon. Ces usagers sont, en principe, orientés vers une structure telle que le Rôtillon en raison d'une anomalie dans leur manière d'agir et de réagir. L'intensité et la forte concentration de ces troubles du comportement m'ont confrontée à un sentiment d'impuissance qui m'a fait prendre conscience de ma propre vulnérabilité dans un contexte donné. Ce constat d'impuissance m'a amenée à essayer de mieux connaître l'histoire de vie de ces usagers afin d'en identifier certaines caractéristiques et de mieux saisir leurs attentes. Les divers regards théoriques auxquels je me suis référée m'ont aidé à comprendre la nature des difficultés auxquelles j'étais confrontée. Ce qui m'a amenée à m'interroger sur deux axes principaux.

Le premier a concerné **la difficulté à entrer en relation avec l'usager en tant qu'être humain à part entière et non réduit à sa maladie ou à ses troubles**. Tendre (car jamais rien n'est acquis) vers la résolution de cette difficulté a demandé qu'à partir de mon constat d'impuissance je prenne conscience de ma propre vulnérabilité car c'est elle qui m'a permis de considérer l'autre (l'usager) comme mon semblable, avec ses forces et ses faiblesses. Et à partir de là, d'initier un long travail d'appropriation pour le rejoindre dans sa réalité, ceci sans jugement et sans attente de ma part. Progressivement, cette démarche m'a amenée à voir la manifestation des troubles des usagers comme l'expression d'une souffrance qu'ils ne parvenaient plus à mettre en mots. Cette souffrance de l'usager ne m'a pas laissée indifférente. Elle m'a dérangé d'autant plus car elle ne comporte étrangeté ni attente ni demande d'aide. Elle m'a juste confrontée à mon impuissance. Cette absence de demande n'enlève rien aux besoins des usagers mais elle suppose de parvenir à les percevoir. Ce qui nécessite l'apprentissage d'un savoir-faire particulier qui ne pourra se développer qu'à partir du moment où j'aurai pris conscience du regard que je porte à l'autre (l'usager) et de l'importance d'en corriger l'asymétrie ou du moins d'essayer modestement de la réduire. Dans cette relation d'humain à humain, le fait de considérer l'autre comme capable de faire des choix raisonnables a également contribué à lui permettre (l'usager) de se sentir "réhabilité" aux yeux d'une société dont il avait parfois fini par s'exclure lui-même, pour ne plus en être exclu par la perte successive de ses droits civils, de son logement, de son travail, etc.

Le deuxième axe concerne **l'hébergement communautaire comme frein au processus de rétablissement de certains usagers**. Aujourd'hui, malgré l'existence d'une offre abondante, l'absence d'alternatives qui se construisent sur les exigences individuelles de l'usager semblent renforcer notre sentiment d'impuissance. En écoutant les usagers, aucun d'eux ne déclare être satisfait de vivre au sein d'une structure communautaire (de type institutionnelle ou en appartements protégés). S'ils qualifient facilement comme contrainte le cadre (les règles imposées par une vie communautaire) ou la promiscuité qu'ils n'ont pas choisie, les effets stigmatisant d'une vie "institutionnalisée" sont également à prendre en compte.

L'expérimentation sociale conduite au Rôtillon témoigne en quelque sorte des capacités de cette population. Cette expérimentation met en évidence que lorsque nous construisons un projet qui prend son sens dans la réalité de l'usager, sa mise en œuvre en est facilitée. Bien que nous devions rester vigilant car cette quête de logement ne peut s'inscrire comme LA réponse aux besoins de tous les usagers. Nous risquerions alors de convertir les chances de succès de ce projet en échec retentissant et de renforcer encore la stigmatisation de cette population. Une telle alternative ne devrait donc pas se substituer aux autres offres mais venir s'intégrer dans

les éléments d'un réseau coordonné dont les prestations spécialisées se combinent afin de répondre aux attentes de l'utilisateur.

Le temps ne serait-il pas alors venu d'élargir le champ des prestations communautaires en passant, par exemple, du logement "institutionnalisé" à un accompagnement vers le logement indépendant ?

La notion d'accompagnement revêt ici toute son importance, car elle suppose un accompagnement flexible, dont l'intensité peut être adaptée aux besoins de l'utilisateur et qui ne se limite pas dans la durée.

L'émergence de cette nouvelle population nous offre sans doute l'opportunité de questionner la structuration actuelle de l'offre et de proposer de nouvelles alternatives à même de répondre de manière plus individualisée à leurs besoins et attentes. Des alternatives, telles que celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation sociale "housing first" ne devraient-elles pas venir combler un chaînon manquant à l'offre actuelle ?

Les résultats encourageants de notre micro expérimentation sociale, nous ont convaincus que cette alternative permettait d'offrir de nouvelles perspectives aux personnes concernées qui, habituellement, semblent être orientées vers des structures d'hébergement communautaire. Toutefois, le déploiement de cette activité "vers le logement indépendant" devrait, selon nous, s'inscrire dans un projet plus ambitieux qui nous permettra de développer des synergies entre les différents acteurs concernés. Dans le même ordre d'idée, il nous semble que des innovations devront encore être trouvées afin de permettre une séparation claire entre "l'accès au logement" et "le suivi psychosocial". La création, par exemple, d'une agence immobilière sociale financée par un fond commun serait à même de nous décharger de toutes les tâches en lien avec la recherche d'appartements ou la gestion administrative de ceux-ci.

Enfin, il nous semblerait également opportun d'établir un référentiel des prestations qui, d'une part, nous permettrait de préciser les différents types de prestations et leur financement et, d'autre part, de définir les modalités du suivi, de comparer les prestations et de mieux mesurer les effets et les coûts générés par ce dispositif.

L'émergence de cette population ayant recours de manière chaotique et répétitive aux différents services d'urgence (médicaux ou psychiatriques), d'aide aux toxicomanes et aux alcooliques semble avoir entériné la transformation du paysage institutionnel vaudois et questionne plus que jamais la représentation des missions au sein de celui-ci. Si la mise en œuvre de la filière cantonale d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique ainsi que la constitution de différents groupes de travail permettront d'apporter des solutions dans les années à venir, il n'en demeure pas moins, que ici et maintenant, l'octroi de moyens supplémentaires destinés aux institutions accueillant cette population devront nous être rapidement alloués afin de nous permettre de développer une offre spécifique articulant haut seuil de tolérance et dynamique d'insertion.

Si la grande majorité des personnes qui nous sont adressées sont atteintes d'un trouble de la santé mentale, ce n'est pas la gestion de la symptomatologie de celui-ci qui nous pose problème, mais bien une anomalie dans leur façon d'agir et de réagir qui est souvent associée des troubles de la personnalité. La plupart de ces personnes ont généralement vécu, et fait subir à leur entourage, plusieurs crises clastiques qui ont fini par mettre en échec leurs multiples et divers projets d'intégration sociale. Leur prise en charge représente au quotidien un véritable défi pour les professionnels et leur accompagnement psycho-social exige des compétences de niveau maîtrise, voire expertise, un haut seuil de tolérance ainsi qu'une bonne résistance au stress afin de pouvoir faire face avec respect, humanité et professionnalisme.

Je suis convaincue qu'aucun être humain ne pourra jamais être compris par une seule approche car chacune d'entre elle se confronte à ses propres limites. En partant de ce postulat, il me semble que nous devons chercher à préserver nos pratiques de toute forme de dogmatisme en évitant tout réductionnisme idéologique. Nous devons favoriser l'émergence et le développement d'un esprit d'ouverture. C'est cet esprit d'ouverture qui nous permettra de nous décentrer de nos intérêts personnels pour nous ouvrir à de nouvelles perspectives issues de regards croisés sur des problématiques plurielles.

C'est pourquoi j'ai décidé de conclure la rédaction de ce travail avec une citation d'Edgar Morin

*"Quand je parle de complexité, je me réfère au sens latin élémentaire du mot "complexus", "ce qui est tissé ensemble". Les constituants sont différents, mais il faut voir comme dans une tapisserie la figure d'ensemble. Le vrai problème (de réforme de pensée) c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier. Relier, c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle. Du reste, dans le mot relier, il y a le "re", c'est le retour de la boucle sur elle-même. Or la boucle est autoproductive. À l'origine de la vie, il s'est créé une sorte de boucle, une sorte de machinerie naturelle qui revient sur elle-même et qui produit des éléments toujours plus divers qui vont créer un être complexe qui sera vivant. Le monde lui-même s'est autoproduit de façon très mystérieuse. La connaissance doit avoir aujourd'hui des instruments, des concepts fondamentaux qui permettront de relier"*



## BIBLIOGRAPHIE

- Benaroyo, L., (2004) – Soins, confiance et disponibilité. *Ethique & santé*, 1, p. 60 à 63
- Bowlby, J. (1992). *L'attachement*. Paris : Presse universitaire de France.
- Busch-Geertsema, V. (2010). The Finnish National Programme to reduce long-term homelessness, Synthesis report. Belgium : European Commission Employment, Social Affairs and Inclusion. Accès [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8180](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8180)
- Conférence Européenne de Consensus sur le Sans-Abrisme.(2010). Contribution des Experts à la Conférence de Consensus sur le Sans-Abrisme. Bruxelles : UE.
- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948). Accès <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexesfr.pdf>
- Edgar, B. (2009). European Review of Statistics on Homelessness. Observatoire européen sur le sans-abrisme. Bruxelles: FEANTSA.
- Edgar, B., Watson, P., Harrison M. et Busch-Geertsema, V. (2007). Measurement of homelessness at EU level, Brussels : European Commission. Accès [http://www.susannegerull.de/veroeffentlichungen/pdfs/Measurement\\_of\\_homelessness\\_a\\_%20EU\\_level.pdf](http://www.susannegerull.de/veroeffentlichungen/pdfs/Measurement_of_homelessness_a_%20EU_level.pdf)
- Etat de Vaud, 10 février 2004, Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées, ( LAIH-Vd; 850.61)
- Favrod, J. & Maire, A. (2012). *Se rétablir de la schizophrénie*, Issy-les -Moulineaux: Elsevier Masson.
- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Souffrance et Société*, 11, p. 24-33.
- Furtos, J. (2008). Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs, Issy-les Moulineaux : Masson.
- Fitzpatrick, S. (1998). Homelessness in the European Union . In Kleinman, m., Matznetter, W., et Stephens, M. (Eds) *European Integration and Housing Policy*,. Londres : Routledge et The Royal Institution of Chartered Surveyors.
- Kant, E., (1994). *Fondements de la métaphysique des mœurs*-tr. V. Delbos, Delagrave.
- Lamarque, G.(1996). *L'exclusion*, Paris : PUF Que sais-je ?
- Morin, E., La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité, in *Revue Internationale de Systémique*, vol 9, N° 2, 1995
- ONSMP-ORSPERE, les Cahiers de Rhizome, Actualités et sens de l'accompagnement au logement, Bulletin national santé mentale et précarité, 51, janvier 2014 Bron
- ONSMP-ORSPERE, les Cahiers de Rhizome, Réinventer l'institution, Bulletin national santé mentale et précarité, 25, décembre 2006 Bron
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris : Le point
- Soulet, M.-H. (2007). *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg : Soulet Marc-Henry.
- Zielinski, A., Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité, Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie, Actes du colloque du 12 février 2009
- Zielinski A., « Avec l'autre » La vulnérabilité en partage, *Études*, 2007/6 Tome 406, p. 769-778.



## **ANNEXES**

1. Catégorisation des établissements d'hébergement en 5 missions principales
2. Objectifs stratégiques de l'EPS Le Rôtillon
3. Fondation Apollo à Vevey
4. Pathways to housing
5. Housing first Europe
6. Association pour l'habitation assistée Casanostra à Bienne
7. Association La Tuile à Fribourg
8. Définition des structures d'accompagnement médico-social et des prestations socio-éducatives ambulatoires

**Annexe 1 : Catégorisation des établissements d'hébergement en 5 missions principales**

1. une mission de base offrant un logement et un soutien comparable à celui offert par des proches bienveillants ;
2. une mission de protection et de maintien pour les personnes avec un handicap sévère et durable sans perspective de changement à court terme ;
3. une mission d'engagement pour les personnes instables, nécessitant des hospitalisations fréquentes ou au sortir d'une période sans abri ;
4. une mission de réhabilitation destinée à des personnes à fort potentiel de réhabilitation et/ou désireuses de recouvrer une autonomie en domicile privé ;
5. une mission de transition, incluant les prestations socio-professionnelles (PSP), pour accompagner les personnes vers leur autonomie à domicile, leur réinsertion dans la communauté et dans le monde du travail.

Source : Rapport final filière d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique

## **Annexe 2 : Objectifs stratégiques de l'EPS Le Rôtillon**

### Vision

Le Rôtillon est reconnu par les acteurs des domaines du social, de la santé, de l'économie et du politique comme un partenaire de choix dans le domaine de la psychiatrie et de l'intégration sociale vaudoise.

Le Rôtillon est une organisation apprenante composée de professionnels compétents et engagés. Une collaboration interdisciplinaire conjugue les forces dans la recherche de solutions à des problématiques complexes et plurielles.

Le Rôtillon contribue à l'innovation sociale par le développement d'approches pragmatiques et audacieuses qui respectent les usagers, les collaborateurs et la mission de l'entreprise.

### Mission

Au sein de ses diverses structures (accueil de jour, hébergement communautaire, logements supervisés diffus), Le Rôtillon prend soin de personnes dont le profil est caractérisé par de grandes difficultés psychosociales, des troubles addictifs, des troubles du comportement, avec parfois quelques traits asociaux auxquels viennent s'ajouter d'importantes difficultés à réaliser de manière autonome les actes de la vie ordinaire.

Le Rôtillon privilégie une approche centrée sur l'utilisateur qui tend à rendre celui-ci acteur de son projet en cherchant à le responsabiliser face aux difficultés qu'il rencontre pour y parvenir.

### **Annexe 3 : La Fondation Apollo à Vevey**

Institution de droit public, elle est financée à part égale entre le Service de Prévoyance et d'Aide sociales du canton de Vaud et la commune de Vevey. Elle est signataire de 52 baux à loyer et collabore avec 16 gérances dont le siège se trouve sur la Riviera ou à Lausanne. Son but est de signer des baux à durée limitée (reconductibles) à son nom afin d'y héberger des personnes menacées de perdre leur logement moyennant le fait qu'elles s'engagent à améliorer leur situation. La finalité de la Fondation Apollo vise à améliorer significativement les chances de la personne de trouver un logement sur le marché libre afin de s'y stabiliser sur le long terme.

Le phénomène de désinstitutionalisation des années 1960 (l'hôpital de Cery est passé de 216 lits en 1987 à 105 en 2012) a obligé progressivement les foyers d'hébergement psychiatrique à développer une prise en charge "hors-murs" visant à permettre aux usagers de réintégrer aussi vite que possible la vie "normale". Dans cette perspective, un projet intitulé PRADO (Processus de Réhabilitation A Domicile) issu d'une recherche-action conduite entre 2000 et 2001 dans le nord vaudois avait pour objectif de concevoir et d'expérimenter un modèle de prise en charge alternatif à l'hébergement au sein des structures communautaires pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques. Ce processus s'étend sur un laps de temps variable mais au maximum de 6 mois. Durant cette période, la personne bénéficie d'un encadrement intensif. Les résultats de cette étude ont permis d'établir un référentiel de prestations ainsi que d'en définir les modalités de financement. Ce type d'encadrement a été reconnu en 2002 par le Département de la santé et de l'action sociale et fait l'objet depuis 2003 d'une convention spécifique.

De manière générale, je n'ai pas trouvé de base de données officielle répertoriant l'entier de l'offre existante, ce qui m'aurait sans doute permis d'avoir une meilleure vision globale des ressources du dispositif ou du type de prestations ambulatoires dispensées aux personnes en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique à ce jour. Apparemment, au vu de ce qui précède, il semblerait que ce concept soit encore beaucoup associé à la politique de maintien à domicile des personnes âgées fortement développée ces dernières années. Toutefois, à travers mes rencontres et discussions au sein du réseau, j'ai pu m'apercevoir que plusieurs institutions psycho-sociales, dont la mission est généralement orientée vers la réhabilitation, voire la transition, avaient créés leurs propres dispositifs.

<http://fondation-apollo.ch/apollo/>

#### Annexe 4 : Pathways to housing

Développée à New-York dans les années 90 sous l'impulsion du Dr Sam Tsemberis, l'approche "Pathways to housing" s'est inscrite comme une forme de réponse à la prise de conscience réalisée par les prestataires de services d'aide aux sans-abris, que ces personnes n'étaient pas prises en charge de manière adéquate par les services existants. Cette nouvelle approche visait à satisfaire les besoins de logement et d'accompagnement des personnes sans domicile de longue durée souffrant de maladies mentales et de toxicomanies.



Figure tirée de <http://pathwaystohousing.org/our-model/>

résidentielle.

Avec le recul, l'organisation "Pathways" affirme aujourd'hui que le déploiement de ce modèle a permis de réaliser des économies substantielles en contribuant à diminuer de manière importante le recours à des services coûteux tels que les urgences, les ambulances, les hôpitaux psychiatriques ou somatiques, le système judiciaire, les structures d'hébergement, etc. Ces économies compensent le coût du dispositif.

Suite à cela et en se basant sur des données probantes, le gouvernement fédéral américain a voté en 2009 l'introduction d'une nouvelle loi sur l'assistance d'urgence aux personnes sans domicile favorisant une transition rapide vers un logement<sup>23</sup>.

Aujourd'hui, ce modèle est mis en œuvre dans des centaines de communautés à travers les Etats-Unis et le Canada. La recherche, l'innovation et la mise en œuvre de ce modèle qui a depuis fait ses preuves par l'étayage de différentes données probantes, évoluent de manière constante et ses grandes lignes ont déjà été reprises par plusieurs nouveaux programmes répartis dans toute l'Europe.

<http://pathwaystohousing.org>

<sup>22</sup> <https://pathwaystohousing.org/national/>

<sup>23</sup> [www.hudhre.info/hearth/](http://www.hudhre.info/hearth/)

## **Annexe 5 : Housing First Europe**

Un projet d'expérimentation sociale appelé "Housing First Europe" a été financé dans le cadre du programme PROGRESS de la Commission européenne<sup>24</sup>. Il comprend l'évaluation de différents projets fondés sur le modèle américain qui ont été mis en œuvre dans cinq sites pilotes à travers l'Europe (Glasgow, Amsterdam, Copenhague, Budapest et Lisbonne) au printemps 2013. Cette expérience a permis un échange d'informations avec cinq sites pairs : Dublin, Gand, Göteborg, Helsinki, Vienne, où d'autres projets du même type ont été mis en œuvre, en se focalisant sur les mêmes groupes cibles. Une conférence publique a eu lieu le 13 juin 2013 afin de permettre l'échange d'informations et d'expériences pour lesquelles chaque site a eu recours à un recueil systématique d'informations basé sur un certain nombre de questions clés<sup>25</sup>.

Tous ces projets proposent, indifféremment, un accès immédiat et à long terme à des logements indépendants avec un soutien intensif basé sur huit principes<sup>26</sup> :

1. le logement est un droit fondamental de l'homme
2. le respect, la chaleur et la compassion à l'égard de tous les clients
3. un engagement à travailler avec tous les clients aussi longtemps que nécessaire
4. des logements diffus dans des appartements indépendants
5. une séparation entre les logements et les services
6. le choix et l'autodétermination des clients
7. une orientation axée sur le rétablissement
8. une réduction des méfaits.

### **"Un chez-soi d'abord" en France**

Parallèlement, un programme expérimental associé à une recherche médicale a été financé par la Direction générale de la Commission européenne pour l'Emploi, les Affaires sociales et l'Intégration. Celui-ci s'adresse en particulier à des personnes souffrant de troubles sévères de la santé mentale, tel que la schizophrénie ou les troubles bipolaires, avec ou sans addiction et s'est déroulé sur 4 sites (Lille, Paris, Marseille, Toulouse) sur une durée de deux ans suivant l'inclusion dans la recherche.

Initié en 2010 sous l'impulsion de Roselyne Bachelod, alors ministre des Sports et de la Santé et par Benoist Apparu, Secrétaire d'Etat en charge du logement en suivant les recommandations élaborées dans le cadre d'un rapport sur la santé et l'accès au traitement pour les personnes sans domicile. Il a été mis en œuvre en collaboration avec des prestataires de services et une équipe de recherche. L'objectif global était de tester cette approche avant de décider de son implémentation à l'ensemble du groupe cible et du pays. Placée sous l'autorité du Préfet Alain Regnier, directeur de la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement, cette recherche compare l'évolution entre des personnes logées et d'autres non.

Les personnes sans domicile ont été identifiées par les équipes de maraudes sociales et les équipes mobiles de psychiatrie précarité qui ont adressé le dossier des personnes volontaires à l'équipe de recherche qui a vérifié si les critères d'éligibilité étaient remplis. Les personnes en situation irrégulière sur le territoire français ne pouvaient pas être incluses à cette étude. Il s'agissait de la seule restriction. L'attribution d'un logement se faisait par le biais d'un contrat

---

<sup>24</sup> [www.servicestyrelsen.dk/housingfirsteurope](http://www.servicestyrelsen.dk/housingfirsteurope)

<sup>25</sup> Annexe 3 : recueil systématique d'information basé sur un certain nombre de questions clés

<sup>26</sup> Source : Rapport final Housing First Europe



de sous location, établi sur la même base qu'un contrat de bail à loyer. Deux cents volontaires y ont été recrutés dans chaque ville selon ces trois critères :

1. être sans domicile
2. souffrir d'un trouble psychique
3. présenter des besoins élevés d'accompagnement.

La moitié de ces personnes a été orientée vers un modèle d'innovation sociale semblable à celui du modèle développé par l'organisation *Pathways to Housing* alors que l'autre moitié (le groupe de contrôle) a bénéficié des prestations des services existants. Les deux groupes ont été suivis pendant deux ans par une équipe de recherche. L'orientation des personnes vers un dispositif ou l'autre se faisait de manière aléatoire.

Le dispositif du modèle expérimental prévoyait un accès immédiat à un logement ordinaire et à un accompagnement intensif assuré par une équipe mobile pluridisciplinaire constituée de travailleurs sociaux, d'infirmières, de médiateurs santé pairs ainsi que d'un médecin psychiatre et d'un médecin généraliste. Les locataires étaient rencontrés en moyenne deux à trois fois par semaine. Cet accompagnement pouvait répondre à des besoins très spécifiques exprimés par le locataire qui pouvaient aller de la réalisation de démarches administratives à la réintégration d'un réseau de soins conventionnel. Chaque participant était encouragé selon son propre rythme à réinvestir les différentes ressources communautaires existantes dans les domaines de la santé, du social, de la culture et de la formation.

L'équipe de recherche chargée de l'évaluation de ce projet analysera les résultats pour les bénéficiaires ainsi que le rapport coût – efficacité pour les institutions sanitaires et sociales, ceci en regard des services existants.

18 mois après le début de l'expérimentation, je me suis rendue à Paris et j'ai eu l'opportunité de passer toute une semaine avec les différents membres de l'équipe afin de me confronter à leur pratique et me faire une représentation concrète des avantages et des limites d'un tel dispositif. A ce moment là, 592 personnes réparties sur les 4 sites avaient été incluses à l'étude (299 personnes pour la cohorte logée et 293 personnes pour la cohorte "offre habituelle") et 80% des personnes de la cohorte logée vivaient toujours dans leur appartement et payaient régulièrement leur loyer, 75% des personnes avaient retrouvé un réseau de soins conventionnel, 65% des personnes avaient démontré posséder les ressources (habiletés sociales) de base leur permettant de vivre de façon autonome dans leur logement avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire et 12% des personnes avaient repris une activité professionnelle ou une formation.

<http://www.feantsa.org/spip.php?article442&lang=fr>

## **Annexe 6 : Association pour l'habitation assistée Casanostra à Bienne**

Fondée en 1990 sous l'impulsion d'une décision politique basée sur la constitution cantonale bernoise qui dit que "toute personne dans le besoin a droit à un logement"<sup>27</sup>. Avec le soutien de la ville de Bienne, l'association possède et gère un parc immobilier de 136 appartements ce qui a rendu possible, en collaboration avec le service social de la ville de Bienne, de développer une stratégie en faveur des personnes sans logement. Son activité est régie par une ordonnance légale<sup>28</sup>. Elle offre également des prestations visant à favoriser l'accessibilité ainsi que le maintien au sein des logements en s'appuyant sur la conviction qu'un logement stable offre de meilleures conditions pour faire face aux exigences d'une vie socialement intégrée. Celles-ci s'organisent de façon flexible et comprennent 3 échelons<sup>29</sup> :

1. L'intervention en situation de crise
2. L'assistance
3. Les conseils

<http://www.casanostra-biel.ch>

---

<sup>27</sup> <http://www.casanostra-biel.ch/index.html>

<sup>28</sup> Ordonnance concernant le service social des logements accessible sous :  
[http://www.bielbienne.ch/fr/pub/services/recueil\\_du\\_droit\\_communal/repertoire\\_systematique.cfm?fuseaction\\_law=detail&doc=STK%2FSGR-RDCo%2FRDCo%2FWORD%2F800%2F862.71.doc#.U-S7gVZN0b8](http://www.bielbienne.ch/fr/pub/services/recueil_du_droit_communal/repertoire_systematique.cfm?fuseaction_law=detail&doc=STK%2FSGR-RDCo%2FRDCo%2FWORD%2F800%2F862.71.doc#.U-S7gVZN0b8)

<sup>29</sup> <http://www.casanostra-biel.ch/f/angebot/begleitung.html>

## **Annexe 7 : L'association La Tuile à Fribourg**

Constatant que les centres d'accueil de nuit devenaient le point de chute des personnes dont les besoins sociaux n'étaient pas pris en compte, et face à l'absence d'alternatives, l'association La Tuile a entrepris il y a 10 ans de créer une offre transitoire – *les logements accompagnés* – destinée à des personnes faisant preuve d'un degré d'autonomie suffisant. La mise à disposition d'un appartement en 2004 a entériné le développement de ce qui est devenu "le service de logements". Par la suite, l'octroi d'un legs leur a donné un coup de pouce financier qui leur a permis de réaliser une réflexion approfondie sur la question des logements transitoires destinés à des personnes vivant à la rue et qui leur a permis de définir les objectifs principaux : l'accès et le maintien au sein du logement ainsi que l'activité qui s'inscrit en amont (prévention de l'exclusion) et en aval (réinsertion sociale). Un travail d'observation ainsi qu'une réflexion sur son concept lui a permis de décliner son offre en 3 niveaux de temporalité : l'urgence, le transitoire, la stabilité.

L'association La Tuile gère, parallèlement à son mandat d'accueil d'urgence, 16 appartements répartis sur 4 sites dans 2 villes. Il cible une population nécessitant une aide temporaire afin de retrouver son niveau d'autonomie.

<http://www.la-tuile.ch>

## **Annexe 8 : Définition des structures d'accompagnement médico-social et des prestations socio-éducatives ambulatoires**

Empiriquement, la création des structures dites "intermédiaires" date de 1980 et visait, principalement, à répondre aux besoins du programme cantonal de maintien à domicile dans la perspective de décharger l'entourage des personnes. Les premières structures ont essentiellement permis de retarder l'entrée en EMS des personnes âgées. Dans un deuxième temps, l'accès à ce type de structures a été élargi dans le but de proposer une alternative à l'hébergement ou à l'hospitalisation, dans certains cas de permettre de réduire la durée de l'hospitalisation, voire de rendre possible un ultérieur retour à domicile ou d'offrir une période de répit aux proches aidants.

La LAPRAMS<sup>30</sup> reconnaît trois types de structures intermédiaires :

1. le court-séjour
2. l'accueil temporaire de jour
3. le logement protégé

### Le court-séjour

Les bases légales de l'action médico-sociale à domicile définissent le court séjour comme un *"hébergement temporaire nécessitant une prise en charge et des soins médico-sociaux. Il doit être prescrit par un certificat médical. Il se déroule en EMS dans le but de favoriser le maintien et le retour à domicile des personnes momentanément fragilisées. Il permet par ailleurs la transition entre la sortie de l'hôpital et le retour à domicile"*<sup>31</sup>. Il est en principe limité à 30 jours par année civile.

### L'accueil temporaire de jour

La LAPRAMS définit l'accueil temporaire de jour de la manière suivante : *"l'accueil temporaire se fait dans une structure reconnue d'intérêt public assurant, en coordination avec un EMS ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour les personnes âgées ou handicapées vivant à domicile. Les prestations dispensées en accueil temporaire sont de nature ambulatoire et ne s'apparentent pas à un hébergement. Elles comprennent, selon les besoins, un repas, des soins, de l'animation et ceci pendant la journée, pour une nuit ou au cours d'un week-end, mais au maximum durant 48 heures consécutives"*<sup>32</sup>.

L'accueil temporaire de jour se déroule au sein d'un établissement et il est, en principe, réservé à des anciens résidents souffrant de troubles psychiatriques vivant à domicile et nécessitant un soutien en complément des soins en cours.

L'accueil temporaire vise, en principe, à maintenir ou à développer l'autonomie des personnes à travers la réalisation de diverses activités sous la forme d'ateliers (lessive, repas, socialisation, animations diverses, etc.).

### Le logement protégé

En psychiatrie, l'appellation "protégé" est généralement remplacée par celle de "supervisé".

---

<sup>30</sup> Loi cantonale d'Aide aux Personnes Recourant à l'Action Médico-Sociale

<sup>31</sup> LAPRAMS & RAPRAMS

<sup>32</sup> LAPRAMS & RAPRAMS

Le plus souvent, ces appartements sont attenants à l'institution et l'accessibilité est, en principe, réservée aux personnes qui séjournent au sein de l'institution. Le concept qui semble prévaloir demeure celui du modèle dit "en escalier" qui prévoit un passage à travers tout un processus déterminant un certain nombre d'objectifs à atteindre avant de pouvoir intégrer un appartement. Outre le conditionnement à l'atteinte d'objectifs dont les standards sont souvent fixés par les professionnels, ces appartements sont souvent regroupés au sein d'un même immeuble ce qui tend à recréer une structure de type communautaire, à la seule différence, qu'au lieu d'y posséder une chambre, chaque personne y possède son propre appartement. Il va de soi que ce type de structure à toute sa raison d'être et répond aux besoins d'une certaine catégorie de personnes à la recherche d'une vie en communauté.

Aujourd'hui, environ 150 appartements individuels ou communautaires détenus par des structures d'hébergement communautaires seraient loués à des personnes en situation de précarité sociale et/ou de vulnérabilité psychique. La mise à disposition de ces logements s'accompagne d'un encadrement psycho-social dispensé par l'institution à laquelle sont rattachés les appartements.

Les principaux résultats d'une étude<sup>33</sup> qui a été confiée en 2007 au Département de Psychiatrie du CHUV met en évidence une régression de l'acuité des problèmes psychiatriques, le maintien au sein du logement ainsi qu'une évolution favorable sur le long terme, ce qui valide la pertinence et l'efficacité de ces dispositifs dans les processus de rétablissement des usagers.

---

<sup>33</sup> Rapport d'évaluation : les prestations socio-éducatives (2003-2007). Cheffe de projet, rédactrice : Mme Marie McCormick, assistante sociale, DSAS, SASH.  
Département de psychiatrie du CHUV, co-rédacteurs : Dr Charles Bonsack, Médecin adjoint, Service de psychiatrie communautaire; M. Didier Camus, assistant de recherche, DP CHUV; M. Philippe Golay, psychologue-stagiaire, DP CHUV.

Sur les murs de la maison des enfants à Calcutta, mère Teresa avait fait inscrire ce poème "Anyway", inspiré par KENT KEITH (les commandements paradoxaux).

### QUAND MÊME

Les gens sont souvent déraisonnables, illogiques et autocentrés ;

Pardonne-leur quand même ...

Si tu es gentil les gens pourraient t'accuser d'égoïsme ou d'avoir des arrières pensées ;

Sois gentil quand même ...

Si tu réussis, tu gagneras quelques faux amis et des vrais ennemis ;

Réussis quand même ...

Si tu es honnête et sincère, les gens pourraient te décevoir ;

Sois honnête et sincère quand même ...

Ce que tu as mis des années à créer, certains pourraient tout détruire en une nuit ;  
Crée quand même ...

Si tu trouves la sérénité et la joie, certains pourraient être jaloux ;

Sois heureux quand même ...

Le bien que tu fais aujourd'hui, sera souvent oublié ;

Fais le bien quand même ...

Donne au monde le meilleur de toi, et ce ne sera jamais suffisant ;

Donne au monde le meilleur de toi quand même ...

Mère Teresa